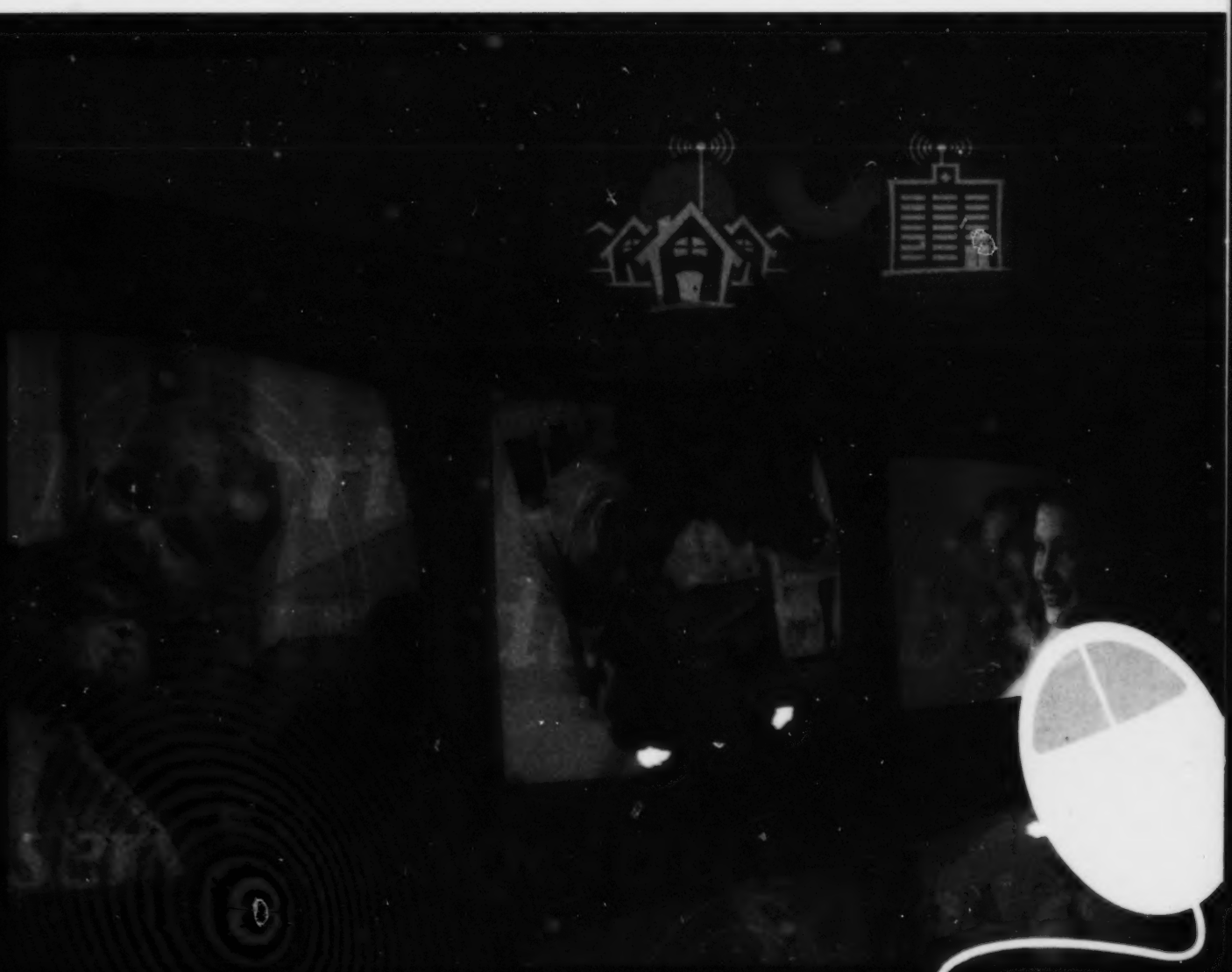
Rapport 2004-2005
sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la
qualité des services

Pour un réseau sur la même longueur d'onde



Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Québec

106-00704/

Rapport 2004-2005
sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la
qualité des services

Pour un réseau sur la même longueur d'onde

Adopté par le conseil d'administration
à son assemblée du 22 juin 2005
CAAD-14-05

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Mauricie et Centre-du-Québec

Conception
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Les personnes ayant participé à la réalisation du rapport

Sylvie Brochu
Denis Grenier
Catherine Hallé
Vicky Pelletier

Secrétariat
Christine Blanchet

Lecture et corrections
Diane Chiasson

Dépôt légal - 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89340-131-7

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

de plus, pour alléger le contenu,
les pourcentages ont été arrondis à la dizaine près,
modifiant parfois le total de certains calculs.

Toute reproduction Totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
www.agencesss04.qc.ca

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Mauricie et
Centre-du-Québec

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

14E ASSEMBLÉE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DATE : 22 JUIN 2005
ARTICLE : CAAD -14-05
RÉSOLUTION : CAAD-05-16

RÉSOLUTION relative au rapport 2004-2005 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services

CONSIDÉRANT l'article 76.12 de la de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoyant que le conseil d'administration de l'Agence doit transmettre au ministre une fois par année et chaque fois qu'il le requiert :

- Un rapport faisant état de l'ensemble des rapports qu'il a reçus de chaque conseil d'administration d'un établissement ;
- Un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes reçues et traitées par l'Agence elle-même.

CONSIDÉRANT le dépôt par tous les établissements à l'Agence de leur rapport des plaintes en vertu le l'article 76.10 ;
CONSIDÉRANT l'examen de ce rapport 2004-2005 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services par le conseil d'administration à la présente assemblée du 22 juin 2005 ;
IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, d'adopter le rapport 2004-2005 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 23 juin 2005

Michèle Laroche,
Présidente-directrice générale

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX 7

FAITS SAILLANTS 9

INTRODUCTION 11

CHAPITRE 1 13

RAPPORT 2004-2005 SUR LES PLAINTES TRAITÉES PAR L'AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC ET SUR LES ACTIVITÉS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES 13

1 PRÉSENTATION 13

2 DEMANDES D'INFORMATION 13

3 DEMANDES D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT 14

3.1 Recherche de médecins *16*

4 CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES MAURICIE/CENTRE-DU-QUÉBEC (CAAP) 16

5 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES TRAITÉS PAR L'AGENCE 17

5.1 Objets de plaintes *19*

5.2 Principales plaintes et les recommandations *20*

6 INTERVENTIONS EN VERTU DU POUVOIR D'INITIATIVE DU COMMISSAIRE RÉGIONAL À LA QUALITÉ DES SERVICES 21

7 DEMANDES D'INTERVENTION EN RÉSIDENCES PRIVÉES 22

7.1 Résidences privées pour personnes âgées *23*

7.2 Demandes d'intervention en résidences privées pour autres clientèles vulnérables *26*

7.3 Demandes d'intervention dans les organismes privés *27*

8 AUTRES DEMANDES D'INTERVENTION DANS LES ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE 28

9 LES ACTIVITÉS D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES 28

CHAPITRE 2 31

RAPPORT 2004-2005 SUR LES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC 31

1 PRÉSENTATION 31

2 PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS 31

2.1 Bilan des dossiers des plaintes conclues *31*

2.2 Les objets de plaintes *34*
2.3 Le suivi donné aux plaintes *35*
2.4 Mode de dépôt *36*
2.5 Délais de traitement des plaintes *37*
2.6 Auteur de la plainte *37*

3 AUGMENTATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS PAR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES 38
3.1 Centre hospitalier régional de Trois-Rivières *38*
3.2 CSSS d'Arthabaska-Érable *40*
3.3 CSSS Bécancour, Nicolet-Yamaska *42*
3.4 CSSS de la Saint-Maurice *42*
3.5 CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan *44*
3.6 CSSS de l'Énergie *45*
3.7 CSSS Maskinongé *47*
3.8 CSSS de Trois-Rivières *47*
3.9 CSSS Drummond *49*
3.10 Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. *51*
3.11 CHSLD Vigi Les Chutes *51*
3.12 Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec *52*
3.13 Centre de réadaptation InterVal *53*
3.14 Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec *54*
3.15 Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec *55*

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS **57**

ANNEXE **59**

OBJETS DE PLAINTES ET MESURES CORRECTIVES 59

1 ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ 59

2 SOINS ET SERVICES DISPENSÉS 62
Définition *62*

3 RELATIONS INTERPERSONNELLES ET COMMUNICATIONS 64
Définition *64*

4 ENVIRONNEMENT ET RESSOURCES MATÉRIELLES 66
Définition *66*

5 ASPECT FINANCIER 68
Définition *68*

6 DROITS PARTICULIERS ET AUTRES OBJETS 69
6.1 Définition *69*

7 OBJETS DE PLAINTES ET MESURES CORRECTIVES 71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Évolution du nombre de dossiers traités en Mauricie et au Centre-du-Québec 9
Tableau 2 - Demandes d'assistance et d'accompagnement 15
Tableau 3 – Bilan des dossiers de plaintes traités par l'Agence 17
Tableau 4 - Organismes concernés par les plaintes conclues 18
Tableau 5 - Délais de traitement des plaintes conclues 18
Tableau 6 - Objets de plaintes, par organisme concerné 19
Tableau 7 - Objets de plaintes 19
Tableau 8 - Dossiers traités et conclus en fonction du type de résidences 22
Tableau 9 - Bilan des signalements reçus et conclus 23
Tableau 10 - Signalements résidences privées pour personnes âgées 24
Tableau 11 - Principaux signalements et recommandations résidences privées pour personnes âgées 26
Tableau 12 - Signalements résidences privées pour autres clientèles vulnérables 27
Tableau 13 - Signalements organismes privés 28
Tableau 14 - Bilan des dossiers de plaintes, par mission 32
Tableau 15 - Nombre de plaintes conclues par mission et par établissement 33
Tableau 16 - Nombre comparatif de plaintes conclues par établissement 34
Tableau 17 - Nombre d'objets de plaintes compris dans les dossiers conclus par mission 34
Tableau 18 - Catégories d'objets de plaintes par mission 35
Tableau 19 - Suites données aux objets de plaintes selon les types d'actions 36
Tableau 20 - Mode de dépôt des plaintes conclues, par mission 37
Tableau 21 - Délais de traitement des dossiers de plaintes 37
Tableau 22 – Auteur de la plainte et nature de l'intérêt 38
Tableau 23 –Accessibilité et continuité, mission CH 60
Tableau 24 –Accessibilité et continuité, mission CLSC 60
Tableau 25 –Accessibilité et continuité, mission CHSLD 61
Tableau 26 –Accessibilité et continuité, mission centres de réadaptation (CR) 61
Tableau 27 –Soins et services dispensés, mission CH 62
Tableau 28 –Soins et services dispensés, mission CLSC 63
Tableau 29 –Soins et services dispensés, mission CHSLD 63
Tableau 30 –Soins et services dispensés, mission centre de réadaptation (CR) 64
Tableau 31 –Relations interpersonnelles et communications, mission CH 65
Tableau 32 –Relations interpersonnelles et communications, mission CLSC 65
Tableau 33 –Relations interpersonnelles et communications, mission CHSLD 65
Tableau 34 –Relations interpersonnelles et communications, mission centre de réadaptation (CR) 66
Tableau 35 – Environnement et ressources matérielles, mission CH 66
Tableau 36 – Environnement et ressources matérielles, mission CLSC 67
Tableau 37 – Environnement et ressources matérielles, mission CHSLD 67
Tableau 38 – Environnement et ressources matérielles, mission centre de réadaptation (CR) 67
Tableau 39 – Aspect financier, mission CH 68
Tableau 40 – Aspect financier, mission CLSC 68
Tableau 41 – Aspect financier, mission CHSLD 68
Tableau 42 – Aspect financier, mission centre de réadaptation (CR) 69
Tableau 43 – Droits particuliers et autres objets, mission CH 70
Tableau 44 – Droits particuliers et autres objets, mission CLSC 70
Tableau 45 – Droits particuliers et autres objets, mission CHSLD 70
Tableau 46 – Droits particuliers et autres objets, mission centre de réadaptation (CR) 71

FAITS SAILLANTS

En 2004-2005, **l'Agence** a reçu et traité :

- 67 demandes d'information sur les services du réseau et le régime des plaintes.
- 391 demandes d'assistance et d'accompagnement dont 271 personnes à la recherche de médecins.
- 20 plaintes en première instance concernant le transport ambulancier, les organismes communautaires ou l'Agence elle-même.
- 3 interventions effectuées en vertu du pouvoir d'initiative du commissaire régional à la qualité des services.
- 51 signalements concernant les résidences privées, tous ont fait l'objet d'une intervention ou d'une référence et 10 ont nécessité une inspection sur place.
- 2 signalements concernant les entreprises d'économie sociale.

Pour leur part, **les établissements** de la région ont reçu et traité :

- 847 plaintes pour 1 240 objets ou motifs de plaintes, comparativement à 720 plaintes pour 926 objets l'an passé.
- Les objets de plaintes les plus fréquents sont : les soins et services dispensés, l'accessibilité et la continuité des services et les relations interpersonnelles.
- 654 objets de plaintes ont fait l'objet de mesures correctives identifiées, soit appliquées, soit recommandées.

Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) a répondu à 402 demandes de service pour 284 personnes.

Le tableau 1 présente une comparaison des faits saillants avec ceux des années antérieures de façon à présenter l'évolution du volume de dossiers traités dans la région au cours des dernières années.

Tableau 1 – Évolution du nombre de dossiers traités en Mauricie et au Centre-du-Québec

	2004-2005	2003-2004	2002-2003	2001-2002
Demandes d'information	67	157	47	47
Demandes d'assistance et d'accompagnement (demandes recherche de médecins)	391 (271)	978 (719)	306 (104)	331 (ND)
Dossiers des plaintes conclues	20	35	20	9
Demandes d'intervention en résidence privée	51	45	26	26
Plaintes traitées par les établissements (objets de plainte)	847 (1240)	795 (1071)	720 (926)	752 (972)
CAAP Mauricie/Centre-du-Québec (nombre de personnes)	402 (284)	645 (415)	475 (379)	446 (304)

INTRODUCTION

Le commissaire régional à la qualité des services est responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes au sein de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. À ce titre, il assure la réponse aux demandes d'information de la population et veille au respect de ses droits, en plus d'assurer l'application des dispositions légales du régime d'examen des plaintes. Ce mandat comporte 2 grands volets, soit le service d'information, d'assistance et d'accompagnement à la population et le service de traitement des plaintes.

Le volet d'information, d'assistance et d'accompagnement à la population vise notamment à faire connaître les droits des usagers, les mécanismes de recours, les services offerts par le réseau et à accompagner les personnes dans leurs démarches.

Le service de traitement des plaintes reçoit et analyse celles formulées à l'endroit des organismes communautaires oeuvrant en santé et services sociaux, des services préhospitaliers d'urgence, des ressources agréées ainsi que les plaintes adressées à l'Agence elle-même au regard de l'exercice d'une de ses fonctions ou activités qui affecterait l'usager. Enfin, dans le cas où l'usager serait insatisfait du délai de traitement ou des conclusions de l'Agence, il peut s'adresser au bureau du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux pour un traitement en deuxième instance de sa plainte.

D'autre part, le plan d'organisation de l'Agence prévoit que le commissaire régional exerce différentes activités connexes reliées à la satisfaction des usagers et à la qualité des services. C'est le cas notamment du traitement des demandes d'intervention en résidence privée.

Le présent rapport s'inscrit dans la responsabilité légale de l'Agence. Il vise notamment à transmettre au ministre un bilan de l'état de l'application de la procédure d'examen des plaintes par l'Agence de santé et de services sociaux par les établissements de la région.

La première section du rapport fait le bilan des activités reliées au traitement des plaintes et à la qualité des services effectuées par l'Agence.

La deuxième section présente le rapport consolidé des plaintes traitées par les établissements de notre région. Elle contient également des informations sur les activités d'amélioration continue de la qualité des services effectuées par ces mêmes établissements au cours de la dernière année.

Finalement, les conclusions présentées à la fin du rapport s'inscrivent dans la volonté de l'Agence d'utiliser l'information découlant du traitement des plaintes comme levier supplémentaire à l'amélioration des services de santé et des services sociaux dans la région.

CHAPITRE 1

RAPPORT 2004-2005 SUR LES PLAINTES TRAITÉES PAR L'AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC ET SUR LES ACTIVITÉS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

1 PRÉSENTATION

Ce premier chapitre traite des différentes activités effectuées par l'Agence en lien avec le traitement des plaintes et l'amélioration continue de la qualité des services.

Le premier volet regroupe les différentes activités reliées à l'application de la procédure d'examen des plaintes, incluant le traitement des demandes d'information et d'assistance et d'accompagnement, de même que les interventions effectuées en vertu du pouvoir d'initiative du commissaire.

Le second volet concerne les dossiers traités dans le cadre du protocole régional de traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées.

Finalement, la troisième section présente un bilan des activités les plus significatives en matière d'amélioration de la qualité des services par la Direction des systèmes d'information et de la qualité.

2 DEMANDES D'INFORMATION

Le nombre de personnes ayant appelé à l'Agence pour des questions concernant l'organisation et l'accès aux services de santé et aux services sociaux a diminué au cours de l'année 2004-2005. L'Agence a répondu à 67 demandes d'information sur les services comparativement à 157 l'an dernier.

Les demandes d'information sont variées, mais portent de façon générale sur :

- Les services de santé et les services sociaux qui sont offerts et sur les modalités d'accès à ces services.
- La façon de formuler une plainte.
- Les droits, recours et obligations des usagers.
- Les délais d'attente pour recevoir des services.
- L'aide financière pour les services non couverts par la RAMQ.
- Les résidences privées pour personnes âgées.

Cette année, s'ajoutent les demandes d'information sur les GMF (Groupe de médecine familiale).

3 DEMANDES D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT

L'Agence considère comme demandes d'assistance et d'accompagnement les situations qui nécessitent d'orienter les usagers qui désirent porter plainte ou encore de porter assistance à une personne qui éprouve des difficultés à obtenir une réponse à son besoin. Ce service, qui nécessite l'écoute et le soutien du service des plaintes, permet d'orienter l'usager vers l'instance appropriée, et de l'informer sur ses droits et les mécanismes de recours. Il permet également d'informer la population sur la procédure de traitement des plaintes ou encore sur la façon d'obtenir le service.

Cette année, l'Agence a répondu à 391 demandes d'assistance et d'accompagnement, comparativement à 978 pour l'année précédente. Les principales demandes sont listées dans le tableau qui suit.

Tableau 2 - Demandes d'assistance et d'accompagnement

Catégories	Nombre	Objets des demandes
Organismes communautaires	9	• Services dispensés • Fiabilité, respect • Demande d'information sur l'organisme • Fraude à l'interne; conflit
Demandes d'aide financières	6	• Remboursement de la médication, opération, équipement non couvert. • Prothèse et frais dentaire • Demande service d'accompagnement, remboursement déplacement
Clinique médicale privée	11	• Frais reliés aux prescriptions et copie des dossiers • Soins et services dispensés • Accessibilité, délais pour rendez-vous • Plainte contre médecin
GMF[1]	3	• Soins et services dispensés • Délais pour les rendez-vous et retour d'appel
Transport ambulancier	3	• Frais de transport • Soins et services dispensés
Résidences privées	13	• Aide à la recherche de résidences • Remboursement de loyer pour déménagement, décès, etc. • Disponibilité téléphonique amoindrie voir nulle • Soins et services dispensés • Milieu de vie • Responsabilité et formation du personnel • Droits des résidents
Ressources intermédiaires	2	• Plainte contre un établissement
Établissements de santé	52	• Accessibilité : Délais pour rendez-vous, retour d'appel • Soins et services dispensés • Politique sur les frais à débourser dans un établissement public • Ressources humaines non suffisantes • Transfert vers un autre établissement • Qualité des informations divulguées • Normes régissant le personnel • Disponibilité de la médication • Location appareil médical non remboursée
Demandes diverses	21	• Victime de violence, DPJ • Actualisation des infirmières • Aide à domicile • Formulaires et publications diverses • Normes et salaires régissant le personnel des établissements privés et publics
Sous-total	**120**	
Recherche de médecins	271	• Difficulté à trouver médecin de famille ou spécialiste
TOTAL D'APPELS REÇUS	**391**	• **N'inclut pas les demandes d'information transmises à l'interne**

[1] Établissements de santé : Nouvelle catégorie pour les groupes de médecine familiale.

On retrouve 2 nouvelles catégories qui ont été ajoutées pour mieux refléter la réalité : ce sont les demandes concernant les groupes de médecine familiale (GMF), pour qui nous avons 3 demandes et les résidences privées qui comptent pour 13 appels.

Il y a eu une diminution appréciable de l'ordre moyen de 60 % des demandes d'assistance, et ce, dans toutes les catégories, comparativement à l'an dernier. Cependant, nous devons mentionner qu'il s'agit d'un résultat qui correspond davantage à l'intensité habituelle d'activités pour ce service, puisqu'il concorde avec les résultats des autres années antérieures.

3.1 Recherche de médecins

Les demandes pour avoir accès à un médecin ont également diminué de près de 62 %, passant de 719 appels en 2003-2004, à 271 appels en 2004-2005. L'harmonisation mise de l'avant avec les cliniques médicales et les centres de santé et de services sociaux (services CLSC et Info-Santé) pour donner la même information aux citoyens, nous semble la cause la plus probable pour expliquer cette baisse.

Sans avoir tenu un décompte exhaustif du motif invoqué par chaque usager pour vouloir un médecin de famille, nous avons quand même calculé à près de 150 le nombre de personnes qui ont un ou des problèmes de santé nécessitant un suivi médical sur une base régulière. Diabète, hypertension artérielle, maladies coronariennes, accident vasculaire cérébral, cancer sont les maladies les plus fréquemment nommées. Par ailleurs, certaines demandes sont reliées à la recherche d'un médecin pouvant assurer un suivi de la personne à la suite d'une visite à l'urgence.

Près de 100 personnes désirent un médecin de famille pour un suivi annuel, même si elles ne présentent pas de problèmes de santé particuliers.

Les autres demandes reposent sur des motifs variés : pédiatre, formulaires exigés par la SAAQ, Emploi solidarité sociale ou tout autre organisme.

Dans de telles situations, notre intervention consiste à informer les usagers sur les alternatives possibles (Info-Santé, cliniques médicales sans rendez-vous, urgence des CSSS ou des CH, etc.) et sur les efforts reliées au recrutement des médecins et à l'organisation des services médicaux dans notre région. De plus, nous informons régulièrement les professionnels de la Direction des services de santé et affaires médicales des problématiques qui sont portées à notre attention.

4 CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES MAURICIE/CENTRE-DU-QUÉBEC (CAAP)

Cet organisme œuvre auprès des usagers de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec depuis 1993. Il avait été désigné en vertu de l'article 54 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux,

pour assister et accompagner un usager qui désirait entreprendre une démarche de plainte suite aux services qu'il avait reçus ou aurait dû recevoir.

Le rapport annuel de l'organisme indique que le CAAP a répondu à 402 demandes de services pour 284 personnes. Les services rendus ont été classifiés en 3 catégories : les services d'information et de référence, de soutien et conseil, et des services lors d'une démarche de plainte dans le régime d'examen des plaintes.

L'organisme a porté assistance dans 171 démarches de plaintes dans le régime d'examen des plaintes. Parmi celles-ci, 122 ont été déposées formellement, 19 sont en suspens[2] et 30 ont été abandonnées. Le CAAP a apporté son aide pour près de 17 % de l'ensemble des plaintes traitées dans la région, soit le même taux que l'an dernier.

5 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES TRAITÉS PAR L'AGENCE

Au cours de l'exercice 2004-2005, nous avons traité et conclu 20 plaintes, alors qu'en 2003-3004 nous en avions conclu 35. Ce résultat est cependant comparable au nombre de dossiers traités en 2002-2003 (20).

Tableau 3 – Bilan des dossiers de plaintes traités par l'Agence

Dossiers en voie de traitement au début de l'exercice	Dossiers reçus durant l'exercice	TOTAL	Dossiers conclus durant l'exercice	Plaintes annulées	Dossiers en voie de traitement à la fin de l'exercice	Recours au Protecteur des usagers
6	17	23	20	0	3	1

Une plainte a été traitée en deuxième instance par le Protecteur des usagers après son analyse en première instance par l'Agence. Elle concernait un technicien ambulancier dont la qualité d'intervention avait été déficiente au niveau de la communication et de la sécurisation de la scène.

[2] Lorsque la transcription de la plainte écrite est finalisée, le CAAP l'achemine à l'usager pour qu'il puisse la contresigner. Ce dernier doit par la suite la faire parvenir à l'établissement concerné. Une plainte est considérée en suspens à partir du moment où la lettre est acheminée à l'usager jusqu'à ce que l'établissement ait signifié sa réception.

Le tableau 4 présente les organismes concernés par les plaintes traitées par l'Agence.

Tableau 4 - Organismes concernés par les plaintes conclues

Catégorie	2004-2005		2003-2004	
	Nombre	%	Nombre	%
Organismes communautaires	6	30%	22	64 %
Services préhospitaliers d'urgence	7	35%	3	8 %
Agence de santé et de services sociaux	7	35%	10	28 %
TOTAL	**20**	**100%**	**35**	**100 %**

En 2004-2005, nous avons traité 6 plaintes touchant 5 organismes communautaires différents, alors qu'en 2003-2004, nous avions traité 22 plaintes concernant 4 organismes. Les plaintes concernant les services préhospitaliers d'urgence ont quant à elles plus que doublé, passant de 3 en 2003-2004 à 7 plaintes en 2004-2005.

En ce qui a trait à l'Agence de santé et de services sociaux, le nombre de plaintes a passé de 10 en 2003-2004, à 7 plaintes en 2004-2005. Cependant, cela équivaut à 35 % du total des plaintes traitées.

Le régime des plaintes prévoit qu'elles doivent être traitées à l'intérieur de 45 jours. Le tableau 5 illustre les délais de traitements des plaintes conclues.

Tableau 5 - Délais de traitement des plaintes conclues

Délais de traitement	Nombre	%
Un jour	4	20%
De 2 à 7 jours	2	10%
De 8 à 30 jours	0	0%
De 31 à 45 jours	0	0%
De 46 à 60 jours	2	10%
De 61 à 90 jours	4	20%
De 91 jours à 180 jours	8	40%
De 181 jours et plus	0	0 %
TOTAL	**20**	**100%**

Sur le total de plaintes conclues, 6 ont été traitées à l'intérieur du délai prescrit de 45 jours alors que 14 ont été traitées dans un délai supérieur. À noter que cette situation est due en très grande partie à un retard accumulé dans le traitement des plaintes des années antérieures. De plus, un important mouvement de personnel au sein du service au cours de l'année explique également cette difficulté à traiter les plaintes dans les délais prescrits.

Lorsqu'une plainte ne peut être traitée dans les délais prévus, l'usager est contacté pour l'aviser qu'il peut accorder un délai supplémentaire pour finaliser le traitement ou exercer immédiatement son droit de recours en deuxième instance auprès du Protecteur des usagers. Tous les usagers concernés nous ont accordé un délai pour compléter le traitement.

5.1 Objets de plaintes

Le tableau 6 indique les organismes concernés par les plaintes reçues et traitées par l'Agence, de même que les objets de plaintes.

Tableau 6 - Objets de plaintes, par organisme concerné

Organismes	Total des plaintes	Total des objets de plaintes	Accessibilité	Soins et services dispensés	Relations interpersonnelles	Environnement et ressources matérielles	Aspect financier	Droits particuliers et autres objets
Organismes communautaires								
Sous-total	6	13	4	5	22	0	0	2
Transport ambulancier								
Sous-total	7	10	1	3	6	0	0	0
Agence de santé et de services sociaux								
Recherche de médecin	5	5	5	0	0	0	0	0
Autres	2	2	2	0	0	0	0	0
Sous-total	7	7	7	0	0	0	0	0
TOTAL	**20**	**30**	**12**	**8**	**8**	**0**	**0**	**2**

Une même plainte peut porter sur plusieurs objets ou motifs, ce qui explique que le nombre d'objets de plaintes est plus élevé que le nombre de plaintes reçues. Ainsi, en 2004-2005, l'Agence a traité 20 plaintes comportant 30 objets de plaintes comparativement à 45 objets pour 35 plaintes en 2003-2004, tel que l'indique le tableau 7.

Tableau 7 - Objets de plaintes

Catégorie	2004-2005		2003-2004	
	Nombre	%	Nombre	%
Accessibilité et continuité des services	12	40%	12	26 %
Soins et services dispensés	8	27%	8	18 %
Relations interpersonnelles	8	27%	24	54 %
Environnement et ressources matérielles	0	0	1	2 %
Aspect financier	0	0	0	0
Droits particuliers et autres objets	2	6%	0	0
TOTAL	**30**	**100%**	**45**	**100 %**

Les objets de plaintes les plus fréquents en 2004-2005 sont l'accessibilité et la continuité des services (40%), les relations interpersonnelles (27%) et les soins et services dispensés (27%).

5.2 Principales plaintes et les recommandations

Voici une brève description des principales plaintes traitées par l'Agence et les recommandations s'y rattachant.

Catégories de plaintes	Recommandations
Organismes communautaires (13 objets de plaintes)	
Accessibilité et continuité: (4 objets)	
- diminution des heures de services	- amélioration des communications
- refus de services	- révision du protocole administratif et clinique
- arrêt de services	- information et sensibilisation des intervenants
- insuffisance de services ou de ressources	
Soins et services dispensés (5 objets)	
- traitement : médication, soins physiques, approche thérapeutique	- ajustement des activités professionnelles - amélioration des communications - amélioration des conditions de vie - formation des intervenants
Relations interpersonnelles : (2 objets)	
- respect de la personne	- élaboration d'un code d'éthique - adoption d'un code d'éthique - information et sensibilisation des intervenants
Droits particuliers : (2 objets)	
- information	- formation des intervenants
- confidentialité	- promotion du respect des droits
Services préhospitaliers d'urgence (10 objets de plaintes)	
Accessibilité : (1 objet)	
- temps de réponse	- aucune recommandation
Soins et services dispensés : (3 objets)	
- habilités techniques et professionnelles	- aucune recommandation
- évaluation, jugement professionnel	- information et sensibilisation des intervenants
- intervention	- information et sensibilisation des intervenants
Relations interpersonnelles : (6 objets)	
- respect de la personne	- encadrement des intervenants
- communication avec l'entourage	- évaluation des besoins
- attitudes	- information et sensibilisation des intervenants

Catégories de plaintes	Recommandations
Agence de santé et de services sociaux (7 objets de plaintes)	
Recherche de médecin : (4 objets)	
- insatisfaction due à l'impossibilité d'obtenir accès à un médecin de famille compte tenu d'une condition de santé qui le requiert	- référence à des cliniques sans rendez-vous - information sur Info-Santé - explication des efforts régionaux de recrutement médical
Accessibilité au programme du cancer du sein : (1 objet)	- avis au directeur de la santé publique de transmettre l'information concernant le temps d'attente et les modalités d'accès au PQDCS si les délais sont trop longs
Aspect financier : (2 objets)	
- remboursements de frais de transport ambulancier - remboursement de frais médicaux	- frais supplémentaires ont été payés - paiement des frais de consultation refusé

6 INTERVENTIONS EN VERTU DU POUVOIR D'INITIATIVE DU COMMISSAIRE RÉGIONAL À LA QUALITÉ DES SERVICES

Une intervention est une action effectuée par le commissaire régional à la qualité des services pouvant comprendre une recommandation à toute direction ou responsable d'un service de l'Agence ou, selon le cas, à la plus haute autorité de tout organisme, ressource ou société, ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services pouvant faire l'objet d'une plainte, visant l'amélioration de la qualité des services dispensés ainsi que la satisfaction de la clientèle et le respect de ses droits.

Une intervention peut être faite *sur demande*, lorsqu'elle est entreprise à la suite d'une information reçue de toute personne ou groupe de personnes. Elle peut également être faite *de la propre initiative du commissaire régional* à la suite de ses propres observations, sans que la situation ne lui ait été signalée.

Au cours de l'année 2004-2005, le commissaire a effectué 3 interventions à la suite de demandes qui lui ont été acheminées.

- Intervention 1 : Instance concernée : compagnie ambulancière
  - Problématique : une intervenante d'une résidence privée a porté à notre attention un comportement inacceptable affiché par les ambulanciers lors d'une intervention auprès d'une personne âgée.
  - Traitement effectué : validation des informations et analyse de la situation.
  - Recommandations : à la lumière d'autres dossiers de plaintes analysés au sein de cette compagnie ambulancière, des recommandations générales concernant le code d'éthique et les règles de conduite ont été acheminées aux autorités.

- Intervention 2 : Instance concernée : organisme communautaire
  - Problématique : une intervenante du réseau nous informe d'une situation où un utilisateur des services d'un organisme a été victime d'abus.
  - Traitement effectué : validation des informations auprès de l'organisme et analyse des actions prises par l'organisme suite aux événements (congédiement d'un employé).
  - Recommandations : révision du code d'éthique, révision des règles de gestion des ressources humaines au sein de l'organisme.
- Intervention 3 : Instance concernée : organisme communautaire
  - Problématique : à la suite du traitement d'une plainte par le commissaire régional, le conseil d'administration de l'organisme démissionne en bloc devant le refus du fondateur de l'organisme d'assurer le suivi des recommandations.
  - Traitement effectué : visite de la ressource, analyse du fonctionnement de l'organisme et de la qualité des services.
  - Recommandations : clarifier le statut de l'organisme et adopter un fonctionnement conforme à un organisme communautaire, assurer la protection de la clientèle et la qualité des services.

7 DEMANDES D'INTERVENTION EN RÉSIDENCES PRIVÉES

Cette section traite des demandes acheminées à l'Agence et traitées en vertu du protocole sur les demandes d'interventions en résidences privées adopté en décembre 2003 par le conseil d'administration de l'Agence. En 2004-2005, nous avons conclu 51 dossiers reliés à ce type de signalement. Les demandes d'intervention concernent 3 catégories de ressources privées : les résidences privées pour personnes âgées, les résidences privées pour les autres clientèles vulnérables (santé mentale, déficience intellectuelle, clientèle présentant des multiproblématiques) et les organismes privés offrant généralement de l'hébergement temporaire, particulièrement dans le domaine de l'alcoolisme et la toxicomanie.

Le tableau suivant présente la répartition des dossiers traités et conclus en fonction du type de résidence.

Tableau 8 - Dossiers traités et conclus en fonction du type de résidence

	Signalements traités durant l'exercice	Signalements conclus durant l'exercice	Signalements en traitement à la fin de l'exercice
Résidences pour personnes âgées	50	42	8
Résidences pour autres clientèles vulnérables	4	4	0
Organismes privés	5	5	0

Les lignes qui suivent présentent un bilan des dossiers traités en 2004-2005 pour chacune des catégories de résidence ou d'organisme.

7.1 Résidences privées pour personnes âgées

Au cours de l'exercice 2004-2005, nous avons traité et conclu 42 signalements en résidences privées pour personnes âgées.

Tableau 9 - Bilan des signalements reçus et conclus

Signalements en traitement au début de l'exercice	Signalements reçus durant l'exercice	TOTAL	Signalements conclus durant l'exercice	Signalements en traitement à la fin de l'exercice	Recours au Protecteur des usagers
4	46	50	42	8	1

Plusieurs des signalements ont pu être réglés, en collaboration avec les chefs de programme du soutien à domicile de chaque centre de santé et services sociaux responsable des territoires touchés. Nous avons également eu recours aux représentants des villes ou des municipalités, lorsque nécessaire.

Au cours de l'année, nous avons effectué 10 visites d'inspection, comparativement à 2 en 2003-2004.

- 8 avec un représentant du CSSS.
- 1 avec un représentant du Protecteur des usagers.
- 1 sans accompagnement.

Les 42 signalements conclus touchent 32 résidences différentes et totalisent 57 objets de plainte, un signalement pouvant contenir plus d'un objet de plainte. Le tableau qui suit détaille ces objets de plaintes et leur fréquence respective.

Tableau 10 - Signalements de résidences privées pour personnes âgées

Nombre de résidences touchées	Nombre de signalements conclus	Objets de plaintes	Fréquence par objet
32	42	Soins et services dispensés : ▪ offre déficiente versus type de clientèle ▪ manque de surveillance ▪ Médicaments : mode de distribution	20
		Relations interpersonnelles : ▪ attitude irrespectueuse ▪ abus verbal ▪ autoritarisme	8
		Installation physique : ▪ sécurité des lieux ▪ cloche d'appel	8
		Salubrité	8
		Abus financier	6
		Alimentation	5
		Abus physique	1
		Frais d'hébergement	1
TOTAL			**57**

L'objet de plainte qui revient le plus souvent est celui relié aux soins et services dispensés. Lors des visites d'inspection, il ressort que certains propriétaires de résidence n'ont aucune formation ou expérience avec ce type de clientèle. Quand les personnes âgées deviennent moins autonomes, elles sont réticentes à un changement de milieu de vie. Les propriétaires désirent les garder, mais ils ne peuvent pas nécessairement ajuster les services offerts aux nouveaux besoins de leur clientèle. Cette situation devient donc une source d'insatisfaction fréquente pour la clientèle. Le mode de distribution des médicaments est questionné davantage par rapport au type d'intervenant qui en a la responsabilité : préposé aux bénéficiaires avec ou sans cours, personnel à l'entretien ménager ou autre.

La qualité des relations interpersonnelles est en partie reliée au manque de connaissances de certains propriétaires ou de leur personnel. Ils ne semblent pas connaître l'ampleur de l'impact de leur attitude sur leur clientèle.

Les installations physiques déficientes sont souvent reliées au fait qu'une résidence conçue pour accueillir des personnes âgées avec un certain niveau de perte d'autonomie, devient inadéquate quand cette perte s'accentue. Quant à la salubrité, elle concerne la qualité de l'entretien ménager et la propreté de la résidence.

Dans l'abus financier, tous les questionnements sont reliés aux frais exigés par des propriétaires pour des services non prévus par le bail. L'abus physique n'a pu être confirmé par l'enquête, mais une vigilance est assurée par le centre de santé et services sociaux. Les frais d'hébergement étaient reliés à une question concernant leur augmentation soudaine et appréciable.

Quant à l'alimentation, les signalements sont sur 2 aspects, soit la quantité de nourriture servie et la qualité des aliments par rapport aux problèmes de santé de la clientèle.

Le tableau qui suit est la synthèse des objets de plaintes, des actions de l'Agence et des recommandations adressées aux propriétaires des résidences ou au centre de santé et services sociaux du territoire en cause.

Nous devons souligner que, règle générale, les propriétaires de résidence assurent un suivi des recommandations qui leur sont adressées. De plus, le centre de santé et services sociaux du territoire concerné est toujours associé aux recommandations dans le but de lui permettre d'assumer ses fonctions reliées à l'évaluation de la clientèle et au respect de ses droits. Si nécessaire, il peut également jouer un rôle de soutien et de conseil auprès des responsables de résidence.

Tableau 11 - Principaux signalements et recommandations dans les résidences privées pour personnes âgées

Objets de plaintes	Actions et Recommandations
Soins et services dispensés : ▪ offre déficiente versus type de clientèle ▪ manque de surveillance ▪ médicaments : mode de distribution	Aux propriétaires : ▪ s'associer au CSSS de leur territoire pour : - du soutien si possible - évaluation de la clientèle quand perte d'autonomie ▪ évaluer périodiquement le personnel requis versus les besoins de la clientèle et : - ajuster à la hausse si possible ou - envisager un changement de milieu de vie ▪ informations données sur les aspects légaux ▪ s'associer au CSSS pour l'enseignement et la supervision de la technique de la glucométrie (mesure du taux de sucre sanguin) Au CSSS : ▪ procéder à l'évaluation de certains clients en perte d'autonomie ▪ proposer un changement de milieu de vie à leurs usagers si jugé requis
Relations interpersonnelles : ▪ attitude irrespectueuse ▪ abus verbal ▪ autoritarisme	Aux propriétaires : ▪ prendre les moyens pour cesser ce type de relations ▪ référer au CSSS de leur territoire pour informations requises (relation aidant-aidé, besoins de la personne âgée) Au CSSS : ▪ assurer une surveillance étroite
Installation physique : ▪ sécurité des lieux ▪ cloche d'appel	Vérification du respect du code du bâtiment par l'intermédiaire du représentant de la ville ou municipalité Vérification du système de cloche d'appel par l'intermédiaire du soutien à domicile du CSSS
Salubrité	Vérification par l'intermédiaire du représentant de la ville ou municipalité, ou du personnel du soutien à domicile du CSSS
Abus financier ▪ Frais d'hébergement	Référence à la Régie du logement
Alimentation	Surveillance par CSSS quand c'est possible (propriétaires refusent toute intervention extérieure)
Abus physique	Enquête n'a pu confirmer ou infirmer Surveillance très étroite par CSSS

7.2 Demandes d'intervention en résidences privées pour autres clientèles vulnérables

Nous avons reçu et traité 4 signalements concernant 2 résidences pour clientèle adulte ayant des problèmes de santé mentale. Dans le premier cas, nous avons convenu avec le centre de santé et de services sociaux du territoire concerné d'exercer une surveillance accrue et de nous aviser si une intervention devenait nécessaire.

Pour ce qui est de l'autre résidence, une visite conjointe avec la représentante de la ville a été effectuée et des recommandations adressées au propriétaire afin de corriger les lacunes : élaborer un code de vie, cibler des moyens d'intervention en situations de conflit et mieux orienter un client lors de son départ.

Tableau 12 - Signalements résidences privées pour autres clientèles vulnérables

Nombre de résidences touchées	Nombre de signalements	Objets de plaintes	Nombre de fois
2	4	Soins et services dispensés : • offre deficiente versus type de clientèle • manque de surveillance	2
		Relations interpersonnelles	2
		Salubrité	1
TOTAL			**5**

7.3 Demandes d'intervention dans les organismes privés

Nous avons reçu et conclu 5 signalements concernant 4 organismes différents : 1 organisme privé oeuvrant en santé mentale et 3 organismes oeuvrant en toxicomanie et offrant de l'hébergement.

Voici un résumé des traitements effectués :

- Organisme privé hébergeant des usagers ayant des problèmes de santé mentale : l'intervention a été effectuée en collaboration avec l'établissement et le Curateur public. Le propriétaire s'est engagé à améliorer le milieu de vie. En cas d'insatisfaction, le Curateur public pourrait relocaliser sa clientèle.
- Organismes oeuvrant en toxicomanie et offrant de l'hébergement:
  - Un d'entre eux devra préciser sa procédure au niveau financier.
  - Un autre, qui a nécessité une visite d'inspection, devra préciser divers éléments tels les procédures d'application de sa programmation, le choix des personnes responsables de la surveillance de nuit, le mécanisme d'examen des plaintes.
  - Le troisième organisme a nécessité 2 visites d'inspection, dont une seconde suite à de nouveaux signalements. Après analyse de la situation, l'Agence lui a finalement fait parvenir une lettre lui mentionnant que le manque de services et de ressources signifiait qu'elle ne pouvait attester de la qualité de cette ressource pour accueillir la clientèle visée. Les partenaires du réseau et des autres secteurs en ont également été avisés.

Tableau 13 - Signalements organismes privés

Nombre d'organismes touchés	Nombre de signalements	Objets de plaintes	Nombre de fois
4	5	Qualité des services	2
		Environnement et ressources matérielles	1
		Relations interpersonnelles	1
		Aspect financier	1
TOTAL			**5**

8 AUTRES DEMANDES D'INTERVENTION DANS LES ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE

Au cours de l'année, nous avons reçu 2 signalements concernant une entreprise d'économie sociale. Il s'agit d'une entreprise offrant des services d'entretien ménager à une clientèle à domicile. Il faut mentionner que le traitement de ce type de plainte n'est pas prévu dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ni dans le protocole sur les demandes d'intervention en résidence privée. Toutefois, étant donné que la clientèle rejointe par ce type d'organisme est vulnérable, nous croyons que ce type de demande doit être traité par le réseau.

Les 2 signalements reçus concerne une même entreprise, mais à 2 points de service différents.

Voici les objets de signalement et les interventions effectuées:

- Mécontentement de la qualité du travail de l'intervenante : la responsable a envoyé une autre personne pour assurer le service.
- Désaccord concernant une facture : le commissaire local du centre de santé et services sociaux du territoire concerné ayant déjà été contacté pour le même problème, il a été convenu qu'il traiterait le dossier.

9 LES ACTIVITÉS D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Outre le traitement des plaintes et des demandes d'intervention, la Direction des systèmes d'information et de la qualité mène différentes activités d'appréciation et d'amélioration de la qualité au sein du réseau régional de la santé et des services sociaux. Cette année, les démarches suivantes sont à souligner dans le cadre de notre rapport annuel :

- Analyse des mésententes entre les ressources de type familial et les ressources intermédiaires et les établissements :
  - 5 demandes dont 4 ont été traitées et une en suspens à la demande de la propriétaire.

- Programme de visites d'appréciation de la qualité des services en CHSLD :
  - Visite de 3 installations au sein d'établissements de notre région.
- Sondage de satisfaction des usagers :
  - 2 sondages au cours de l'année : un dans un CHSLD et un dans un centre de réadaptation.
- Plan d'action ministériel sur les mesures de contrôle :
  - Soutien aux responsables des établissements dans l'élaboration des politiques ou protocoles.
  - Analyse des politiques et protocoles des établissements et recommandations.
- Table régionale des comités des usagers :
  - Organisation de la semaine régionale des comités des usagers.
- Gestion des risques et de la qualité :
  - Suivi de la mise en œuvre des dispositions de la Loi sur la prestation sécuritaire des services au sein des établissements.
  - Organisation de 2 ateliers multidisciplinaires sur la gestion des risques à l'intention des intervenants des établissements.
- Rapports du coroner :
  - Suivis effectués à la suite de rapports du coroner transmis à l'Agence :
    - rapport concernant la problématique du suicide.
    - rapport concernant la problématique des intoxications à l'oxyde de carbone.
- Liaison avec le Curateur publique :
  - Planification et organisation de 5 sessions de formation données par le Curateur public du Québec à l'intention des intervenants des établissements de la région.

CHAPITRE 2

RAPPORT 2004-2005 SUR LES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

1 PRÉSENTATION

Le présent chapitre porte sur l'application de la procédure d'examen des plaintes en première instance par les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il comporte 2 volets :

Le **premier volet** regroupe différents tableaux contenant des informations sur les plaintes traitées par les établissements.

Le **second volet** renseigne, de façon sommaire, sur les activités réalisées par les établissements concernant l'amélioration de la qualité des services et de la satisfaction des usagers.

Il est produit en annexe un détail plus spécifique des mesures correctives mises en place par les établissements pour améliorer la qualité des services offerts et éviter la récurrence des plaintes reçues.

2 PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS

2.1 Bilan des dossiers des plaintes conclues

Tous les établissements de la région ont déposé leur rapport des plaintes à l'Agence de santé et de services sociaux, ce qui permet de présenter un portrait complet.

Comme l'indique le tableau 14, les établissements ont conclu 847 plaintes en 2004-2005, ce qui est une augmentation par rapport aux 795 plaintes conclues en 2003-2004.

Les commissaires locaux ont conclu 750 plaintes alors que 97 ont été conclues par les médecins examinateurs.

Tableau 14 - Bilan des dossiers de plaintes, par mission

Catégories d'établissements	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice		Plaintes reçues durant l'exercice		TOTAL		Plaintes conclues durant l'exercice		Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	
	CLQS*1	ME*2	CLQS	ME	CLQS	ME	CLQS	ME	CLQS	ME
CH	63	8	474	92	537	100	499	82	38	18
CLSC	3	0	86	11	89	11	82	11	7	0
CHSLD	12	1	84	2	96	3	90	3	6	0
CR	7	0	80	1	87	1	79	1	8	0
Sous-total	**85**	**9**	**724**	**106**	**809**	**115**	**750**	**97**	**59**	**18**
TOTAL	**94**		**830**		**924**		**847**		**77**	

*1 CLQS : Commissaire local à la qualité des services
*2 ME : Médecin examinateur

Le tableau 15 donne un détail des plaintes conclues par mission, pour chacun des établissements de la région.

La mission CH se démarque pour le nombre de plaintes conclues, soit 581. Les missions CLSC et CHSLD ont chacune conclu 93 plaintes, la mission centre de réadaptation (CR) a, quant à elle, conclu 80 plaintes.

Tableau 15 - Nombre de plaintes conclues par mission et par établissement

Mission et Établissements	Plaintes conclues durant l'exercice		
Mission CH	**CLQ**	**ME**	**Total**
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	165	34	199
CSSS d'Arthabaska-Érable	87	28	115
CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	7	3	10
CSSS de la Saint-Maurice	8	5	13
CSSS de l'Énergie (Santé physique)	108	0	108
CSSS de l'Énergie (Santé mentale)	7	0	7
CSSS de Maskinongé	11	2	13
CSSS de Trois-Rivières	34	6	40
CSSS Drummond	72	4	76
Sous-total	**499**	**82**	**581**
Mission CLSC			
CSSS d'Arthabaska-Érable	16	1	17
CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	5	0	5
CSSS de la Saint-Maurice	6	0	6
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	9	0	9
CSSS de l'Énergie	4	5	9
CSSS de Maskinongé	2	2	4
CSSS de Trois-Rivières	27	2	29
CSSS Drummond	13	1	14
Sous-total	**82**	**11**	**93**
Mission CHSLD			
CSSS d'Arthabaska-Érable	15	1	16
CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	4	0	4
CSSS de la Saint-Maurice	1	0	1
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	2	0	2
CSSS de l'Énergie	8	0	8
CSSS de Maskinongé	4	0	4
CSSS de Trois-Rivières	38	2	40
CSSS Drummond	15	0	15
Foyer Sts-Anges de Ham-Nord inc.	2	0	2
CHSLD Vigi Les Chutes	1	0	1
Sous-total	**90**	**3**	**93**
Centres de réadaptation			
Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	46	0	46
Centre de réadaptation InterVal	8	1	9
CSDI Mauricie/Centre-du-Québec	16	0	16
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	9	0	9
Sous-total	**79**	**1**	**80**
TOTAL	**750**	**97**	**847**

Le tableau 16 reprend l'ensemble des plaintes conclues en les regroupant par établissement. Le tableau permet de suivre l'évolution des plaintes au cours des 5 dernières années.

Tableau 16 - Nombre comparatif de plaintes conclues par établissement

Établissements	2004-2005	2003-2004	2002-2003	2001-2002	2000-2001
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	199	165	131	146	147
CSSS d'Arthabaska-Érable	148	126	97	89	80
CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	19	8	23	16	14
CSSS de la Saint-Maurice	20	20	13	35	30
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	11	15	20	6	11
CSSS de l'Énergie	132	180	146	143	109
CSSS de Maskinongé	21	11	20	16	28
CSSS de Trois-Rivières	109	100	94	112	40
CSSS Drummond	105	94	113	125	126
Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc.	2	3	4	5	5
CHSLD Vigi Les Chutes	1	1	1	5	3
Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	46	44	35	36	37
Centre de réadaptation InterVal	9	9	6	9	10
CSDI Mauricie/Centre-du-Québec	16	15	14	8	14
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	9	4	3	1	0
TOTAL	**847**	**795**	**720**	**752**	**654**

2.2 Les objets de plaintes

Pour l'année 2004-2005, les 847 plaintes conclues par les établissements comprennent 1 240 objets de plaintes. Il est à noter qu'une plainte peut porter sur plusieurs objets de plaintes. Le tableau 17 présente le nombre d'objets de plaintes par mission d'établissement.

Tableau 17 - Nombre d'objets de plaintes compris dans les dossiers conclus par mission

Mission d'établissements	Commissaire local à la qualité	Médecin examinateur	Total	
	Nombre	Nombre	Nombre	%
CH	684	123	807	65 %
CLSC	92	17	109	9 %
CHSLD	196	4	200	16 %
CR	122	2	124	10 %
TOTAL	**1094**	**146**	**1240**	**100 %**

Le tableau 18 présente les catégories d'objets de plaintes par mission.

Il est possible de constater que c'est la catégorie soins et services dispensés avec 416 objets de plaintes qui constitue la plus forte proportion soit 34 %, mais représente quand même une baisse de 3 % par rapport à l'an dernier. L'accessibilité et la continuité des services avec 229 objets de plaintes et la catégorie relations interpersonnelles et communications avec 226 objets de plaintes arrivent en second avec chacune 18 %.

Il est important de souligner que, comparativement à l'année dernière, la catégorie relations interpersonnelles et communications a connu une augmentation de 3 %, alors que la catégorie accessibilité et continuité des services a subi une baisse de 6 %.

La catégorie environnement et ressources matérielles est troisième avec 172 objets de plaintes et représente 14 % du total, une augmentation de 4 % par rapport à l'an dernier.

Quant aux catégories aspect financier, droits particuliers et autres objets, elles ont des taux semblables à l'an dernier.

Tableau 18 - Catégories d'objets de plaintes par mission

Catégories d'objets de plaintes	CH	CLSC	CHSLD	CR	Total	%
Accessibilité et continuité des services	159	45	11	14	229	18 %
Soins et services dispensés	236	27	98	55	416	34 %
Relations interpersonnelles et communication	156	21	25	24	226	18 %
Environnement et ressources matérielles	112	6	52	2	172	14 %
Aspect financier	106	9	7	7	129	10 %
Droits particuliers et autres objets	38	1	7	22	68	6 %
TOTAL	**807**	**109**	**200**	**124**	**1240**	**100 %**

2.3 Le suivi donné aux plaintes

Le tableau 19 présente le suivi donné aux objets de plaintes au cours de l'année 2004-2005, tant par les commissaires locaux que par les médecins examinateurs. Les données indiquent que 70 objets de plaintes (6 %) ont été soit rejetés sur examen sommaire, soit abandonnés par le plaignant ou encore interrompus.

Les objets de plaintes qui ne demandent pas de mesures correctives sont au nombre de 516 et représentent 42 %.

Des mesures correctives ont été appliquées ou recommandées pour 654 objets de plaintes, ce qui représente 53 % de ceux-ci. Les commissaires locaux appliquent ou recommandent des mesures correctives pour 55 % des objets de plaintes qu'ils traitent. Cette proportion est de 35 % pour les médecins examinateurs.

Vous trouverez en annexe au présent rapport une description des mesures correctives apportées et leur fréquence.

Tableau 19 - Suites données aux objets de plaintes selon les types d'action

Niveau de traitement	Rejeté sur examen sommaire		Abandonné		Traitement refusé / interrompu		Traitement complété				TOTAL
							Sans mesures correctives identifiées		Mesures correctives identifiées [3]		
	CLQS[1]	ME[2]	CLQS	ME	CLQS	ME	CLQS	ME	CLQS	ME	
Accessibilité et continuité des services	2	0	2	2	3	1	131	10	70	8	**229**
Soins et services dispensés	4	0	10	5	9	9	121	44	193	21	**416**
Relations interpersonnelles	0	0	5	0	3	6	43	12	139	18	**226**
Environnement et ressources matérielles	1	0	0	0	3	0	77	0	91	0	**172**
Aspect financier	2	0	0	0	2	0	47	1	77	0	**129**
Droits particuliers et autres objets	1	0	0	0	0	0	25	5	33	4	**68**
Sous-total	**10**	**0**	**17**	**7**	**20**	**16**	**444**	**72**	**603**	**51**	
TOTAL	**10**		**24**		**36**		**516**		**654**		**1240**
	41						**1170**				

[1]CLQS : Commissaire local à la qualité des services
[2]ME : Médecin examinateur
[3]Mesure corrective identifiées : mesure immédiate qui a déjà été mise en application ou mesure envisagée à long terme qui sera appliquée plus tard

2.4 Mode de dépôt

Un plaignant peut formuler une plainte de façon verbale ou écrite. Le tableau 20 présente le mode de dépôt des plaintes en fonction des différentes missions.

Contrairement à l'année dernière, le dépôt écrit est presque autant utilisé que le dépôt verbal. L'écart entre les 2 modes de dépôt est le plus marqué au niveau des centres de réadaptation (CR) avec 22 % pour le mode écrit. Les autres missions ont un écart qui varie de 4 % en CHSLD en faveur du mode écrit, de 2 % en CLSC pour le mode verbal et de 6 % en CH, également pour le mode verbal.

Tableau 20 - Mode de dépôt des plaintes conclues, par mission

Mission	Dépôt verbal		Dépôt par écrit		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CH	307	53 %	274	47 %	581	100 %
CLSC	47	51 %	46	49 %	93	100 %
CHSLD	45	48 %	48	52%	93	100 %
CR	31	39 %	49	61%	80	100 %
TOTAL	**430**	**51 %**	**417**	**49 %**	**847**	**100 %**

2.5 Délais de traitement des plaintes

Le délai prescrit pour le traitement des plaintes est de 45 jours.

Comme l'indique le tableau 21, un taux de 66 % des plaintes conclues l'ont été à l'intérieur de 45 jours et 34 % sont traitées avec un délai supérieur. C'est pour la mission CH que l'on retrouve le plus grand nombre de plaintes traitées hors délai.

Tableau 21 - Délais de traitement des dossiers de plaintes

Délais de traitement	CH	CLSC	CHSLD	CR	Total	%
Un jour	36	2	2	1	41	5 %
De 2 à 7 jours	49	13	7	7	76	9 %
De 8 à 30 jours	151	34	44	28	257	30 %
De 31 à 45 jours	106	22	21	33	182	21 %
De 46 à 60 jours	78	9	4	8	99	12 %
De 61 à 90 jours	95	9	3	2	109	13 %
De 91 à 180 jours	57	4	11	1	73	9 %
181 jours et plus	9	0	1	0	10	1 %
TOTAL	**581**	**93**	**93**	**80**	**847**	**100 %**

2.6 Auteur de la plainte

Le tableau 22 présente le nombre et la proportion des plaintes en fonction de l'auteur de celle-ci. Les usagers déposent eux-mêmes leur plainte dans une proportion de 61 %, ce qui constitue une augmentation de près de 7 % comparativement à l'an dernier.

Le représentant de l'usager, c'est-à-dire une personne qui agit en lieu et place de l'usager mineur ou de la personne inapte à consentir pour elle-même, dépose la plainte dans une proportion de 34 %. C'est habituellement un membre de la famille ou une personne significative. C'est encore pour la mission CHSLD (79 % de leurs plaintes) où l'intervention de ce représentant est la plus fréquente.

Le tiers est représenté principalement par un organisme communautaire désigné selon l'article 76.6 de la Loi sur la santé et les services sociaux. Les situations se présentent dans une proportion de 5 % et il est intéressant de noter qu'elles sont principalement dans les centres de réadaptation (CR).

Tableau 22 – Auteur de la plainte et nature de l'intérêt

Catégories d'établissement	Usager	Représentant	Tiers	Total
CH	369	202	10	581
CLSC	75	18	0	93
CHSLD	18	73	2	93
CR	46	7	27	80
TOTAL	**508**	**300**	**39**	**847**
Pourcentage	**60 %**	**35 %**	**5 %**	**100 %**

3 AUGMENTATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS PAR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Le traitement des plaintes et les mesures correctives qu'elles engendrent, de même que les activités d'amélioration de la qualité des services, constituent des moyens privilégiés pour faire respecter les droits des usagers et pour augmenter leur satisfaction.

Les principales activités d'amélioration de la qualité des services, réalisées et projetées par les établissements de notre région, sont brièvement présentées ici. Ces activités ne sont pas exhaustives et ne constituent qu'un sommaire des activités pour lesquelles une information a été transmise à l'Agence de santé et de services sociaux.

Nous vous présentons les activités d'amélioration telles que communiquées par les établissements.

3.1 Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Accessibilité et continuité des services

- Travail en collaboration avec les partenaires, dont les CLSC, afin de clarifier les mécanismes de liaison et les processus de référence, et d'améliorer la continuité des soins.
- Poursuite de la révision de l'approche clinique dans la perspective d'adapter l'approche du Suivi systématique de la clientèle à la réalité des réseaux intégrés de service.

Accès aux services médicaux

- Poursuite du recrutement, contribution de médecins spécialistes de l'extérieur de la région (médecins dépanneurs en radiologie).

- Révision de procédures et processus (en gastro-entérite, processus d'inscription, intégration dans un nouvel environnement, prise de rendez-vous, etc.) afin de faciliter l'accès, l'accueil des usagers et la coordination des services.
- Déplacement au site Saint-Joseph de la centrale de prélèvements.
- Rehaussement du système téléphonique, lignes téléphoniques ajoutées, équipements vérifiés et assistance informatique améliorée;
- Information et assistance aux usagers éprouvant des difficultés d'accès aux services ou désirant recevoir plus d'informations sur leur état de santé ou certains processus en vigueur dans l'établissement, par la commissaire locale à la qualité des services.

Soins et services

- Révision des modes de dispensation des soins.
- Analyse du cheminement en préadmission des usagers hospitalisés et en chirurgie d'un jour.
- Évaluation de la gestion des lits.
- Mise en place d'un protocole sur les voies d'administration d'oxygénothérapie.
- Enseignement au personnel sur la pose des appareils auditifs.
- Formation sur le triage.
- Poursuite du suivi et de l'application des recommandations du CCASS prises en charge par les personnes concernées.
- Travaux en vue d'élaborer un programme de prévention des chutes.
- Modifications aux protocoles d'entretien ménager en fonction des recommandations provinciales du document « Prévention et contrôle de la diarrhée nosocomiale associée au C. difficile au Québec - Lignes directrices » de l'Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le groupe des cinq.
- Implantation de mesures visant à réduire les infections nosocomiales au sein de l'établissement telles que renforcement du lavage des mains, identification de toilettes, de chaises d'aisance ou de bassines à usage dédié, étiquette respiratoire par le port de masques des usagers présentant des symptômes de toux et de fièvre à l'urgence, regroupement sur une unité de soins des usagers porteur du SARM.

Relations interpersonnelles

- Publication de capsules dans le journal interne le *Pique Curiosité* pour sensibiliser le personnel à la confidentialité, au code d'éthique et à l'amélioration de la qualité des services.

Organisation du milieu et ressources matérielles

- Déménagement des activités sur le site principal.
- Amélioration des aménagements dans la salle d'attente de l'accueil (déplacement d'équipements, ajout d'instructions de fonctionnement des guichets, ajout d'une ressource bénévole pouvant fournir de l'information sur le fonctionnement du guichet d'accueil et l'orientation des usagers dans l'établissement).
- Grand ménage de toutes les chambres et salles de bain au 2C.
- Installation de cendriers aux entrées, avis aux usagers et communiqué aux employés leur demandant de ne pas fumer à l'entrée principale.
- Nombreux autres ajustements du milieu.

Droits particuliers

- Poursuite de la publication de capsules d'information dans le journal interne de l'établissement afin de sensibiliser le personnel aux différents droits des usagers.
- Modifications apportées au formulaire de choix de chambre afin de clarifier les informations fournies aux usagers.
- Diffusion aux personnes impliquées dans le processus de plainte, d'un tableau récapitulatif des droits d'accès aux dossiers de plainte.
- Afin d'assurer le suivi continu des plaintes, désignation par le conseil d'administration d'un membre substitut au comité de révision, d'un médecin examinateur intérimaire et un CLQS intérimaire.
- Systématisation de l'envoi d'une correspondance aux usagers lorsqu'un délai supplémentaire est requis dans le traitement d'une plainte.
- Modification du mandat du comité qualité de l'établissement afin d'y intégrer les obligations du comité de gestion des risques en vertu de la Loi sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.
- Consultation des instances consultatives sur un projet de politique de divulgation suite à l'adoption l'an dernier par le conseil d'administration d'un règlement sur la divulgation des informations nécessaires à un usager.

3.2 CSSS d'Arthabaska-Érable

- Instauration de diverses techniques afin de résoudre certaines problématiques sur les rapports d'incident/accident.
- Instauration du lavage des mains avant les repas au niveau de la clientèle hospitalisée au point de service HDA.
- Ajout de distributeurs de Stérigel, de savon, de papier pour la clientèle interne et externe dans les différents points de service.
- Sondage effectué concernant le lavage des mains au niveau du personnel du point de service Ermitage.

- Amélioration significative de la couverture vaccinale pour l'influenza auprès de la clientèle et des employés.
- Formation ponctuelle du personnel qui fait face à la problématique du C. difficile.
- Achat de petits équipements pour éviter la contamination.
- Augmentation des heures à la prévention des infections.
- Augmentation des heures au niveau de l'orientation des nouvelles infirmières et une activité de formation de type ECOS.
- Élaboration et mise en application d'une procédure concernant la désinfection des chambres.
- Implantation de la médication en sachets multidoses en CHSLD.
- Changement de matériel concernant l'administration de la médication intraveineuse afin d'éviter que les solutés se déconnectent accidentellement.
- Mise en place d'une équipe de suivi systématique en oncologie.
- Hausse du nombre de chambres privées en CH.
- Élaboration d'un protocole lors de suicide.
- Travaux majeurs pour remplacer le matériel à usage unique.
- Travail de partenariat pour réduire le temps d'attente en physiothérapie.
- Organisation territoriale des cliniques de prélèvements et diminution significative du temps d'attente.
- Intégration des technologistes médicales à l'activité de prélèvements.
- Début des travaux des suivis systématiques des clientèles (PTH, PTG, MPOC et en pédopsychiatrie).
- Réaménagement fonctionnel majeur du laboratoire, de la pédiatrie et de la chirurgie d'un jour.
- Aménagements de nombreux postes de travail eu égard à l'ergonomie.
- Mise en place d'une cohorte constituée de chambres privées pour les cas d'isolement pour SARM, C. difficile, etc.
- Finition intérieure des ascenseurs principaux et installation d'un système de synthétiseur vocal pour non-voyants.
- Réalisation de travaux d'entretien et de nettoyage des systèmes de ventilation afin d'assurer une saine qualité de l'air.
- Travaux importants pour améliorer la sécurité et la fonctionnalité des résidences d'hébergement.
- Travaux d'aménagement et réorganisation du travail pour appuyer le concept de milieu de vie et d'unité prothétique incluant la distribution alimentaire directement sur les unités.
- Évaluation et monitorage de la satisfaction de la clientèle au niveau de 14 services distincts.
- Distribution de guides à l'égard de familles pour un meilleur support de leur proche aux prises avec un problème de santé mentale.
- Mise en place de ressources supplémentaires à l'AEO durant les périodes achalandées.
- Instauration d'un support professionnel aux nouveaux intervenants psychosociaux.

- Supervision professionnelle et individuelle des membres de l'équipe de base en santé mentale.
- Intégration d'un concept d'intervenant désigné pour assurer une implication rapide et efficace dans les situations d'urgence.

3.3 CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska

Les plaintes reçues en 2004-2005 ont porté principalement sur l'environnement et les ressources matérielles ainsi que sur les relations interpersonnelles. Les activités d'amélioration sont les suivantes :

Environnement et ressources matérielles

- Aménagement d'une terrasse à l'avant de la Résidence Lucien-Shooner, à Pierreville.
- Rénovation des balcons à la Résidence Saint-Célestin.
- Aménagement d'une balançoire avec plate-forme au Centre Christ-Roi de Nicolet.
- Changement d'une toilette mixte en toilette réservée aux hommes seulement au point de service Gentilly.

Relations interpersonnelles

Il importe de souligner que la plupart des plaintes reliées à ce volet visaient des situations particulières et non un ensemble d'individus. Les activités d'amélioration ont donc été individuelles.

- Rencontre de sensibilisation avec chaque membre du personnel concerné par l'objet de la plainte, de concert avec les responsables des services impliqués.

3.4 CSSS de la Saint-Maurice

Direction générale

- Maintien des services d'hospitalisation en psychiatrie.
- Adoption et coordination de l'entente GMF.
- Adhésion au cadre de référence pour le signalement de comportements inacceptables.

Programme Enfance/Jeunesse/Famille

- Nouveau programme d'éveil à la lecture et à l'écriture en partenariat avec plusieurs organismes du milieu.
- Amélioration du projet ITSS/SIDA.
- Mise en place de rencontres multidisciplinaires en lien avec les services intégrés en périnatalité.

Programme Santé mentale

- Arrivée d'un nouveau psychiatre à temps complet.
- Arrimage entre service interne, externe, urgence et équipe médicale.
- Organisation et planification de l'évaluation et du suivi de la clientèle.

Programme Santé physique

- Urgence :
  - Ajout d'une zone d'isolement dans la salle d'attente (influenza).
  - Aménagement d'une salle multifonctionnelle plus confidentielle.
- Bloc opératoire : analyse globale du « Bloc opératoire ».
- Cliniques spécialisées :
  - Reprise de la clinique d'ophtalmologie.
  - Ajout d'un deuxième cystoscope flexible réduisant les délais à l'usager.
- Régions éloignées :
  - Embauche d'une travailleuse sociale à 4 jours/semaine en partenariat.
  - Rencontre avec les citoyens de Parent sur l'organisation des services.

Programme adultes et personnes âgées en perte d'autonomie

- Mise en place du comité d'orientation et d'admission local.
- Clinique de la Mémoire : ajout de 14 heures/semaine d'auxiliaire familiale.
- UCDG/URFI : Révision du processus de planification du congé des clients.
- Outil d'évaluation multiclientèle et plan d'intervention obligatoire avant la mise en place des services.
- Maintien à domicile :
  - Mise en place d'un quart de travail de soir.
  - Modifications des tâches en lien avec l'application de la loi 90.
- Hébergement :
  - Amorce de l'élaboration du plan d'action pour l'implantation du concept milieu de vie.

Conseillère clinique à la qualité des soins

- Mise en place d'un intervenant pivot en oncologie.
- Loi 90 : travaux inhérents à sa mise en application.
- Élaboration d'outils d'évaluation des compétences pour les infirmières.
- Programme de réduction de l'utilisation des contentions élaboré et adopté :
  - Formation des gestionnaires sur les contentions.

Conseillère clinique à la qualité des services

- « Programme de formations cliniques ».

Conseillère cadre et commissaire à la qualité des services

- Code d'éthique : adoption et lancement en octobre 2004 :
  - Prévention des infections.
  - Suivi rigoureux des infections nosocomiales (Sarm, ERV, Clostridium difficile).
  - Information et formation du personnel.
- Gestion des risques :
  - Mise en place et supervision du Comité de gestion des risques et de la qualité, tel que prévu par le projet de loi 113.

Services diagnostiques et thérapeutiques

- Laboratoire : implantation du test de dépistage du Clostridium difficile au niveau local.
- Radiologie : certification québécoise en mammographie (fév. 2005 à fév. 2006).
- Pastorale : variété et adaptation des célébrations religieuses.
- Réadaptation : visite d'inspection de l'ordre professionnel des physiothérapeutes.
- Inhalothérapie : amélioration des examens de type Holter.

Responsable du recrutement médical et professionnel

- Poursuite des activités de recrutement médical.
- Collaboration aux activités de recrutement infirmières et autres professionnels.

3.5 CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan

Volet hébergement

- Réorganisation des tâches aux soins permettant une diminution du nombre de clients sous contentions au moment où le personnel est en moins grand nombre (heure de repas du souper).
- Transformation d'une chambre en petit salon permettant aux résidents d'être seuls avec leur famille.
- Achat d'un appareil numérique permettant aux infirmières de transmettre l'information aux médecins traitants ou spécialistes lorsque le déplacement du client devient difficile.
- Installation d'ordinateurs et formation par une bénévole pour la clientèle hébergée.
- Recrutement de nouvelles bénévoles et formation en lien avec l'approche client.
- Suivi par les intervenants du service à domicile lors de l'admission de leur clientèle en hébergement.
- Réorganisation de l'horaire du dîner en fonction des besoins des résidents.
- Création d'un guide de ressources pour faciliter l'accès aux résidents et à leur famille à certains services.
- Organisation d'activités multiclientèles (service à domicile, centre de jour, hébergement).

Volet santé mentale

- Travail multidisciplinaire (infirmières, éducateurs, nutritionniste) auprès des personnes présentant un problème de santé mentale.
- Formation en santé mentale : pharmacologie et ses effets, trouble de personnalité limite, dépistage et intervention en violence conjugale.

Volet service à domicile

- Formation des intervenants psychosociaux en soins palliatifs.

Volet centre de jour

- Projet pilote sur la prévention des chutes : «Programme d'équilibre PIED».

Volet réadaptation

- Rencontre de groupes pour le programme d'enseignement et de prévention réalisée par l'ergothérapeute dans le cadre du suivi systématique MPOC.

Volet santé physique

- Formation sur l'accueil de la clientèle.
- Analyse du fonctionnement de la stérilisation et mise en application de certaines recommandations à court terme.

Volet soutien à l'organisation des services

- Révision du code d'éthique de l'établissement.
- Création du comité de gestion des risques et de la qualité.

3.6 CSSS de l'Énergie

Direction des services professionnels et hospitaliers

- Remplacement d'un tomographe axial à l'automne 2004 (Augmentation de la productivité et diminution de la liste d'attente); implantation d'un nouveau logiciel d'information en radiologie (Traitement plus rapide des rapports urgents grâce à l'élimination du papier); implantation du système P.A.C.S (Système de numérisation et d'archivage des images).
- Démarrage d'un nouveau service en ostéodensitométrie.
- Venue de l'unité mobile de mammographie « Autobus Clara » (260 mammographies); 570 usagères ont pu bénéficier, par autobus nolisé, du service de mammographie à la clinique St-Pascal de Québec.
- Inhalothérapie : Dépistage MPOC léger à la salle d'urgence; examen de dépistage effectué à tous les usagers qui requièrent de l'inhalothérapie afin de détecter précocement les MPOC léger.

Direction santé physique

- Clinique ambulatoire Centre Laflèche : modification de l'horaire permettant une meilleure utilisation des ressources.

- Réaménagement de la salle de triage à l'urgence du CHCM.
- Cohorte SARM installée au 6e étage afin d'éviter la propagation de l'infection.
- Augmentation de l'horaire de services du centre d'enseignement du diabète.
- Mise en place d'un comité « Habitudes de vie-Santé ».
- Mise en place du « Groupe d'action sur le diabète Centre-de-la-Mauricie – Mékinac ».
- Disponibilité d'une intervenante pivot en oncologie depuis janvier 2005.
- Mise à jour de l'information distribuée à la clientèle sur le continuum de services (cancer du sein).

Direction santé physique et Direction santé mentale

- Aménagement d'une aire de sécurité pour la clientèle en santé mentale à l'urgence du CHCM.

Direction enfance / jeunesse / famille et santé publique

- Pédiatrie : Réaménagement de la salle d'admission pour accroître l'efficacité d'intervention en cas de réanimation.
- Instauration du système Broselow, système permettant l'accès immédiat au matériel adéquat à l'âge de l'enfant en cas d'urgence.
- Centre Mère-Enfant : Mise sur pied du comité allaitement interne.

Direction personnes en perte d'autonomie

- Hébergement; politique et formation sur les mesures de contrôle; démarches pour l'actualisation du concept milieu de vie; rencontres préadmission en répit CHSLD.
- Volet UCDG-URFI-SAG; mise sur pied d'un comité « Continuum de services ».
- Volet SAD : Équipe dédiée « Soins palliatifs » consolidée; suivi de la clientèle PPA connue des services à domicile par les intervenantes pivot lors d'hospitalisation.
- Concept Milieu de vie : Comités formés de résidents, familles et intervenants sur la transformation des milieux en milieu de vie; 1200 questionnaires portant sur les attentes et l'importance accordée à chacune des composantes de l'organisation (compilation des résultats) ; présentation de mémoires portant sur le milieu de vie par les différentes instances de notre établissement; loisirs : Programme de marche s'adressant aux résidents et acquisition d'un autobus de 45 places (12 fauteuils roulants); implication d'un membre de l'entretien sanitaire qui, lors de fête de résident, se transforme en Docteur Clown pour souligner l'événement.

Direction santé mentale

- Évaluation de la satisfaction des usagers hébergés en RA-RI (en collaboration avec l'UQTR).
- Démarches réalisées avec Domrémy MCQ aux fins d'une recherche sur le projet de « formation croisée à position rotationnelle » et implantation d'un programme conjoint d'interventions intégrées toxico / santé mentale.
- Formation : Approche motivationnelle pour les intervenants des CIC et des points de service de Domrémy; ISO/contention (plus de 100 intervenants des différents programmes santé mentale).

Direction des services techniques et des ressources informationnelles

- Mise en place d'une équipe construction / prévention infection; mise en place du comité de contrôle de qualité aux installations matérielles et sécurité.
- Implantation du système de rethermalisation des repas dans certaines installations.

Direction des ressources humaines

- Sondage auprès des employés concernant la gestion de la présence au travail.

Direction à la qualité et aux soins infirmiers

- Mise sur pied d'un comité de gestion des risques et d'amélioration de la qualité.
- Élaboration du règlement sur la divulgation de l'information à un usager à la suite d'un accident.
- Informatisation du système de gestion des plaintes et uniformisation des procédures.
- Contribution à l'inspection professionnelle de l'OIIQ et au suivi.

3.7 CSSS Maskinongé

- Mise en place du comité de gestion des risques et de la qualité.
- Inspection professionnelle de l'ordre des infirmiers/infirmières-auxiliaires du Québec; plan d'action élaboré en égard aux cibles d'amélioration.
- Création d'un dépliant sur la satisfaction des usagers à l'égard des services.
- Visite par la commissaire locale à la qualité des services à tous les nouveaux résidents de la Résidence Avellin-Dalcourt dans le but de faire connaître son rôle.
- Intégration des équipes enfance / jeunesse / famille et santé mentale dans une seule équipe afin de favoriser la continuité des services.
- Élaboration du projet de création du réseau local et du projet d'alignement contingent de l'organisation du travail.
- Visites inopinées par la directrice à la qualité et par le directeur des services financiers et techniques à la Résidence Avellin-Dalcourt.
- Élaboration d'une politique sur les PI et PSI.
- Mise en place d'un local dédié aux ambulanciers à l'urgence afin de présenter la confidentialité pour les usagers qui consultent.
- Profil ISO-SMAF affiché dans chacune des chambres des résidents.
- Application du plan d'action inscrit à assurer l'approche milieu de vie aux résidents de la Résidence Avellin-Dalcourt (ISO-SMAF, Outil multi clientèle, climat de travail etc.).
- Plusieurs formations ont été offertes à l'ensemble des gestionnaires et des membres du personnel.
- Aménagement plus physique et achat d'équipement favorisant l'amélioration des conditions de vie des résidents à la Résidence Avellin-Dalcourt.

- Mise en place de différentes activités de formation/sensibilisation par le comité de prévention des infections.
- Consolidation du rôle d'intervenant pivot dans les équipes de soutien à domicile.
- Mise en place de la chambre à pression négative.

3.8 CSSS de Trois-Rivières

Mise en place d'un comité du conseil d'administration sur la qualité des services :

- Rencontres régulières du comité.
- Suivi systématique des plaintes et insatisfactions.

Création d'un comité des usagers et de comités de résidents:

- Représentation des usagers de tous les services de l'établissement.
- Maintien des 5 comités des résidents.
- Définition du mandat avec planification annuelle des activités.
- Réalisation d'un sondage de satisfaction dans les 5 résidences.

Harmonisation de la politique de traitement des plaintes et insatisfactions

- Désignation d'un commissaire local à la qualité et de commissaires locaux adjoints.
- Politique de traitement des plaintes et insatisfaction et diffusion.
- Production de rapports significatifs sur le traitement des plaintes et insatisfactions.
- Suivi et interventions systématiques des plaintes et insatisfactions ainsi que des mesures d'amélioration proposées.

Code d'éthique

- Rédaction d'un projet de code d'éthique.
- Consultation auprès des conseils professionnels, comité des usagers, comité d'éthique clinique et du personnel intéressé.

Gestion des risques et de la qualité

- Création d'un comité de gestion des risques et de la qualité.
- Harmonisation du registre des incidents et accidents.
- Politique de déclaration des incidents et accidents.
- Politique de divulgation des accidents.

Qualité des soins infirmiers

- Fusion des conseils des infirmières et infirmiers (CII) ainsi que des conseils des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA).
- Comité et programme sur la prévention des plaies de pression.
- Comité et programme sur la prévention des infections.
- Suivi aux recommandations de l'Ordre des infirmières et infirmiers et de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires pour le CHSLD le Trifluvien.
- Suivi aux recommandations du Protecteur des usagers à la résidence Joseph-Denys.

Qualité des pratiques

- Fusion des conseils multidisciplinaires.
- Supervision des professionnels en fonction des priorités retenues.

Mesures de contrôle-

- Politique sur les mesures de contrôle en fonction des orientations ministérielles.
- Formation du personnel concerné à la résidence Cloutier-du Rivage et réduction de l'utilisation des contentions.
- Formation des formateurs pour les 4 autres résidences.

Comité d'éthique clinique

- Création d'un comité d'éthique clinique.

Suivi au plan d'action ministériel pour le CHSLD le Trifluvien

- Réalisation d'un sondage sur la satisfaction des usagers et de leurs représentants.
- Choix de l'approche prothétique élargie à l'hébergement.
- Réorganisation du travail.
- Suivi systématique des plaintes et insatisfactions.

Recommandation du Conseil québécois d'agrément pour le Centre Cloutier-du Rivage

- Le Conseil québécois d'agrément a accordé au Centre de santé Cloutier-du Rivage un agrément pour une période de 3 ans.

3.9 CSSS Drummond

Mission CH

- Révision de l'approche prénatale et réaménagement de l'unité de périnatalité.
- Amélioration de l'accessibilité aux médecins à l'urgence en modifiant leurs horaires de travail.
- Disponibilité d'une travailleuse sociale à l'urgence.

- Mise en place du cardex interdisciplinaire afin d'améliorer la communication interdisciplinaire et la coordination des soins et services.
- Embauche d'une intervenante pivot pour soutenir la clientèle ayant un diagnostic de cancer du sein ou du poumon.
- Révision de la méthode de gestion de la liste d'attente en endoscopie.
- Ajout d'heures pour une conseillère en prévention des infections.
- Développement du suivi systématique de la clientèle ayant un diagnostic d'accidents vasculaires cérébraux (AVC).
- Implantation du logiciel PACS en radiologie.
- Révision des autorisations d'accès au logiciel GAP (gestion des activités professionnelles) afin d'assurer une meilleure confidentialité et sécurité.

Mission CLSC

- Maintien des comités de gestion des risques et de tenue des dossiers afin d'harmoniser la tenue des dossiers au CLSC.

Mission CHSLD

- Mise à jour de l'information contenue dans le guide d'accueil du résident dans le but de la rendre conforme aux exigences de la loi.
- Identification des moyens pour mieux informer les usagers et les familles sur la procédure de plainte de l'établissement.
- Identification, pour chacun des résidents, d'un intervenant de référence pour l'accompagner tout au long de son séjour, dans le but d'actualiser l'orientation ministérielle dans ce domaine.
- Mise en place des mécanismes structurés de mesure de satisfaction pour les services alimentaires, l'animation-loisirs et les services spécialisés.
- Initiation d'une réflexion de fond au sein de l'établissement sur le respect du droit à la sexualité des usagers.
- Lors de son admission, s'assurer que l'usager, sa famille ou son représentant légal puissent recevoir les explications nécessaires sur le code d'éthique.
- S'assurer de la mise en place des différentes dispositions prévues dans la loi concernant la prestation sécuritaire des services.
- Identification des moyens pour diminuer le bruit provoqué par les mécanismes d'appel, incluant l'utilisation de l'appel général pour localiser une personne, tout en assurant la sécurité des résidents.
- S'assurer que les gens qui le désirent, puissent mettre leurs objets personnels sous clé dans leur garde-robe afin d'éviter le vol.
- Revoir l'organisation du travail de façon à s'assurer que les usagers soient préparés pas plus de 15 à 20 minutes avant le repas.

3.10 Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc.

- Formation offerte à l'ensemble du personnel sur l'approche en milieu de vie.
- Réorganisation des horaires de travail du personnel en vue de mieux répondre aux besoins des résidents.
- Embauche de préposés aux bénéficiaires dans le but d'améliorer la qualité des services à l'heure des repas, des levers et des couchers.
- Révision du code d'éthique et sensibilisation auprès du personnel des valeurs véhiculées dans l'établissement.
- Réalisation de plusieurs activités en collaboration avec le comité des usagers.
- Acquisition d'équipement favorisant l'amélioration de la qualité de vie de la clientèle : tables adaptées à la salle à manger, fauteuils gériatriques, levier, lits électriques.
- Formation à l'ensemble du personnel sur les mesures de prévention des infections, notamment le port de gants.

3.11 CHSLD Vigi Les Chutes

Sur le plan administratif

- Ajout au niveau du temps de présence de la coordonnatrice afin de procurer un encadrement clinique plus soutenu.
- Poursuite du processus de recrutement d'un deuxième médecin.
- Obtention de l'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé.
- Ajout de personnel des soins infirmiers et professionnels notamment au niveau de l'embauche d'une psychologue spécialisée en psychogériatrie.
- Finalisation de l'enquête administrative sur le respect des résidents et le climat de travail et application des suivis.
- Maintien de la collaboration et des liens de partenariat avec le comité des résidents.
- Réalisation d'un plan d'action pour la mise en œuvre des orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées.
- Rappel des comportements attendus concernant la culture organisationnelle de tolérance zéro et rediffusion du code d'éthique.
- Révision en cours du code d'éthique pour inclure les nouvelles dispositions législatives en regard de la gestion des risques, de la divulgation et du signalement.
- Adoption par le conseil d'administration du règlement relatif à la divulgation d'un accident, des mesures de soutien et des mesures pour prévenir la récurrence.
- Dépôt du règlement relatif au comité d'appréciation de la qualité et gestion des risques.

Sur le plan clinique

- Rédaction, mise à jour et révision des plans d'intervention pour tous les résidents en conformité avec les orientations ministérielles.
- Intégration d'un programme d'activités dirigées pour les résidents.
- Évaluation de la clientèle selon l'échelle ISO SMAF.
- Réorganisation des plans de travail du personnel clinique.
- Intégration au système Sicheld pour le personnel de soir et de nuit.
- Réalisation de la première olympiade pour les résidents à l'été 2004.
- Actualisation du programme de prévention des infections auprès du personnel de soins et du personnel d'entretien ménager.
- Formation/information clinique et technique sur les droits et abus, les déficits cognitifs, la relation d'aide, la communication dans les équipes de travail et diverses techniques de soins infirmiers.

Sur le plan physique

- Décoration des salons pour recréer l'ambiance d'un milieu de vie.

3.12 Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Les activités en matière de qualité des services et de la recherche

➢ Les pratiques de pointe qui s'inscrivent dans la recherche

- Nos pratiques en matière de négligence :
  - Rencontre de nos objectifs de pénétration du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire en négligence (PAPFC) dans les équipes de travail et auprès de la clientèle concernée.
  - Opérationnalisation d'un projet pilote d'action intégrée écosystémique dans un secteur clé de Shawinigan. Collaboration avec nos partenaires universitaires et du réseau à l'application d'un programme de deuxième génération en négligence « Faire la courte échelle ».
  - Formulation d'une entente, intégrant Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, dans un contrat formel de collaboration tripartite avec l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).
  - Obtention d'une Chaire de recherche du Canada, en partenariat avec l'UQTR, qui s'inscrit dans ce renforcement de la connaissance et des pratiques dans les champs de la négligence, en plus de supporter un programme de support à l'attachement du jeune enfant en famille d'accueil ainsi que son pendant expérimental auprès d'enfants en milieu naturel.
- Nos pratiques en matière d'abus sexuel :
  - Affiliation avec le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).
  - Confirmation et renforcement de nos pratiques et des mesures évaluatives en ce domaine.

- Redéfinition des axes de recherche qui avantagera nos pratiques, donc nos usagers.

- Pour les pratiques touchant les adolescents :
  - Lancement de la préparation d'une étude d'impact du Programme de maintien en milieu familial (PMMF).
  - Consolidation de nos liens avec l'Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec, par une solution de partenariat.
  - Mise en place des programmes d'assistance et de surveillance intensives, d'ordonnance et de suivi dans la communauté dans le cadre de la justice pénale.
  - Construction de l'essentiel des cadres de référence pour le programme de clarification de projet de vie, dans le cadre de la programmation sur les compétences parentales en territoire.

Par ailleurs, la Plate-forme informationnelle pour le bien-être de l'enfant (PIBE) fonctionne à régime de croisière.

Les activités de support à la qualité pour les projets cliniques et l'organisation

- Mise à jour de nos politiques et procédures sur la gestion et la tenue de dossier afin de résoudre maintes difficultés structurelles.
- Préparation et mise en branle d'une vaste étude portant sur la présence et la qualité des plans d'intervention requis pour chacun de nos usagers en suivi.
- Poursuite des travaux avec le comité des usagers, notamment sur un plan de revitalisation.
- Implication de l'équipe qualité-recherche dans des travaux récurrents, entre autres, mise en place des cadres opérationnels de la politique sur la gestion du risque et de la qualité, participation à la mise à jour des outils cliniques ainsi que de la politique sur l'encadrement du personnel.

3.13 Centre de réadaptation InterVal

La démarche entreprise par l'établissement en vue d'améliorer la qualité de ses services s'est traduite par des actions concrètes au cours de l'année. Les actions les plus significatives sont les suivantes :

- Poursuite de la démarche d'autoévaluation menant à la reconnaissance de la qualité de services auprès du Conseil québécois d'agrément (CQA).
- Actualisation des dispositions de la loi 71 (L.Q. 2002, c.71) concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux par la mise en place d'un comité de gestion des risques et la constitution d'un registre des incidents et accidents déclarés depuis le 1er avril 2004.
- Poursuite des travaux du comité d'éthique clinique au sein de l'établissement.
- Actualisation, en collaboration avec l'Agence de santé et de services sociaux, d'une démarche d'évaluation de la satisfaction des usagers ayant séjourné à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI).

- Mesure, par l'administration d'un sondage auprès des intervenants, de l'implantation du processus d'élaboration et de révision des plans d'intervention en fonction des balises et critères de qualité établies par l'établissement.
- Poursuite des activités de formation dispensées aux nouveaux employés pouvant intervenir directement avec la clientèle concernant la tenue de dossier, les règles de confidentialité, les cadres conceptuels de référence, les valeurs et les approches privilégiées par le Centre ainsi que les critères de qualité attendus des plans d'intervention et plans de services.
- Distribution dans tous les points de service du dépliant intitulé : Appréciation des services et droit de recours en cas d'insatisfaction.

3.14 Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec

- Ajout de ressources et modifications au modèle de main-d'œuvre afin de rehausser l'offre de service pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement (TED), d'où :
  - Abaissement des listes d'attente.
  - Formation très spécialisée des intervenants.
- Révision de l'offre de service spécialisé selon les besoins des usagers, les valeurs et les priorités de l'établissement.
- Poursuite des travaux consacrés au soutien et à la valorisation des ressources intermédiaires et de type familial dans la consolidation d'un partenariat orienté vers le projet de vie des usagers :
  - Formation sur le partenariat regroupant des ressources et des intervenants.
  - Soirée reconnaissance pour souligner le travail exceptionnel des RTF-RI.
- Déploiement de l'offre de service de répit spécialisé afin de répondre aux besoins de soutien et de maintien de l'équilibre familial.
- Implantation du programme pour les personnes polyhandicapées sur l'ensemble des districts de la Mauricie.
- Réalisation, par la Direction de la recherche et du comité des usagers, d'un sondage portant sur la satisfaction des usagers et sur la qualité des services offerts.
- Confirmation, par tous les résultats des différents sondages réalisés en 2004-2005, que les efforts déployés par l'ensemble des ressources de l'établissement pour améliorer la qualité des services et la satisfaction de la clientèle ont porté fruit.
- Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle :
  - Mise en place d'un comité de gestion du risque et de la qualité.
  - Adoption d'une politique sur l'encadrement de la gestion des risques d'incident et d'accident chez les usagers, ainsi qu'une politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substance chimique.

- Respect des règles entourant la déclaration des incidents/accidents par l'ensemble du personnel et les RTF-RI.
- Tenue d'un registre local des incidents/accidents est en vigueur.
- Sollicitation, en septembre 2004, du renouvellement de l'accréditation par le Conseil Québécois d'Agrément.

- Rehaussement du niveau de compétence du personnel, par de nombreuses activités de formation sur mesure dans des domaines très spécialisés ou dans le transfert de connaissances issues de la recherche.
- Partage de l'expertise de l'établissement, en tant que partenaire d'un réseau dispensateur de services aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, avec les organismes du milieu.

3.15 Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

- Démarche d'agrément entreprise et complétée.
- Évaluation du réseau intégré de services en désintoxication développée en collaboration avec le CHRTR. Présentation de recommandations pour en améliorer le fonctionnement.
- Recension des écrits sur les meilleures pratiques auprès des proches de personnes alcooliques et toxicomanes, dans le but de réviser notre offre de service auprès de cette clientèle. Cette recension sera prochainement publiée pour le compte du Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec.
- Partage de notre expertise auprès de nos différents partenaires (CLSC, CH, CHSLD, CLÉ, organismes communautaires) dans le cadre de formation au dépistage et à l'intervention précoce en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique, ainsi que dans le cadre du Congrès national Rond-point 2005.
- Début d'une démarche de formation croisée et de stages d'immersion avec les équipes de suivi intensif dans la communauté du CSSS de l'Énergie, pour les intervenants des 2 établissements concernés, dans le but d'améliorer l'intégration des services auprès des personnes présentant des troubles concomitants en toxicomanie et santé mentale. Cette formation devrait s'étendre sur une période de 2 ans.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

- Pour une deuxième année de suite, les plaintes concernant les soins et services dispensés constituent le principal motif de plaintes dans les établissements de notre région. Il faudra continuer d'explorer ce phénomène avec les commissaires locaux à la qualité des services.

  Recommandation :

  - *Poursuivre les démarches avec les commissaires locaux à la qualité dans le but d'explorer les motifs de plaintes sur les soins et services dispensés, une rubrique qui représente 34 % des objets de plaintes et qui constitue la catégorie d'objets de plaintes la plus importante pour une deuxième année consécutive.*

- La région compte 232 organismes communautaires oeuvrant en santé et services sociaux qui sont subventionnés ou reconnus par l'Agence. Le nombre d'organismes pour lesquels une plainte est logée à l'Agence demeure peu élevé. Les différentes interventions au sein des organismes communautaires nous permettent de constater que le régime des plaintes est peu connu au sein de ces organismes. Une telle situation n'est pas de nature à favoriser l'exercice de ce droit de recours de la part de l'utilisateur des services de ces organismes. Dans ce contexte, nous croyons que la mise en œuvre de mécanismes d'information et de sensibilisation pourrait permettre de corriger cette situation.

  Recommandation :

  - *Convenir avec la Table régionale des organismes communautaires (TROC) et les organismes communautaires eux-mêmes des mécanismes à mettre en œuvre pour les informer et les sensibiliser sur le régime des plaintes au cours de l'année 2005-2006.*

- L'adoption prévue d'une nouvelle loi au cours de l'année 2005-2006 devrait apporter son lot de modifications dans l'exercice des fonctions du commissaire régional et des commissaires locaux. Le projet de loi mis de l'avant par le ministre prévoit notamment l'exercice de fonctions exclusives de la part des commissaires et la création de comités de vigilance au sein des conseils d'administration de l'Agence et des établissements. Il faut donc prévoir que des actions devront être mises en place pour faciliter le déploiement des dispositions prévues par cette loi.

  Recommandations :

  - *Voir à la mise en place des dispositions de la nouvelle loi en lien avec les responsabilités de l'Agence dans l'application du régime d'examen des plaintes (création d'un comité de vigilance, modification de la procédure d'application des plaintes, etc.)*

  - *Soutenir les commissaires locaux à la qualité des services et les établissements dans la mise en place des dispositions relatives au traitement des plaintes et à la qualité des services.*

ANNEXE

OBJETS DE PLAINTES ET MESURES CORRECTIVES

Sur un nombre total de **1 240** objets de plaintes traités par les établissements, **654** se sont vu identifier une mesure corrective, soit plus de 50 %. Cette annexe a pour but de donner plus de détails sur la nature de ces 654 mesures, et ce, pour chacune des catégories d'objet de plainte.

L'annexe est donc divisée comme suit :

- Catégorie d'objet de plainte :
  - Définition sommaire.
  - Tableau par mission pour l'ensemble des établissements.
    - Identification des mesures, listées par ordre alphabétique;
    - Nombre de fois où chaque mesure a été identitiée;
    - Pourcentage de chaque mesure par rapport à l'ensemble des mesures de cette catégorie.
  - Pourcentage des mesures de cette catégorie par rapport à l'ensemble de toutes les mesures correctives, soit 654.
- Brève explication sur chacune des mesures identifiées.

1 ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ

Définition

Cette catégorie vise à identifier des problèmes structurels reliés principalement à l'accessibilité et à la continuité des services. Elle permet également de faire état des difficultés concernant les modalités, les mécanismes d'accès ou les conditions qui doivent être présentes pour mettre en application le droit aux services.

Ce droit aux services suppose qu'un usager ait accès au bon service au moment opportun et que les services requis par son état soient dispensés aussi longtemps que nécessaire.

La continuité est l'absence d'interruption dans les services requis et le maintien d'une cohésion, d'une cohérence entre les séquences successives de services, ce qui suppose la circulation des informations pertinentes, la mise en œuvre d'approches concertées tel le mécanisme de coordination multidisciplinaire ou interétablissement, par exemple.

Tableau 23 –Accessibilité et continuité, mission CH

Accessibilité et continuité	Nombre	%
Adaptation des services	3	4%
Adoption / élaboration	1	> 1%
Ajustement des activités professionnelles	1	1%
Ajustement technique ou matériel	4	5%
Amélioration de la continuité	3	4%
Changement d'intervenant	1	> 1%
Encadrement des intervenants	3	3%
Évaluation des besoins	2	3%
Formation des intervenants	1	> 1%
Information et sensibilisation des intervenants	10	13%
Obtention des services	8	11%
Réduction du délai	3	3%
Régulation du processus d'accès	1	> 1%
Révision – Organisation des services	6	8%
Révision - Autre	2	3%
TOTAL	**49**	**63%**

Tableau 24 –Accessibilité et continuité, mission CLSC

Accessibilité et continuité	Nombre	%
Adaptation des services	2	3%
Ajustement administratif	2	3%
Amélioration des communications	1	> 1%
Amélioration de la procédure d'examen des plaintes	1	> 1%
Obtention des services	1	> 1%
Respect du choix	2	3%
Révision - Procédure	2	3%
Révision - Autre	2	3%
TOTAL	**13**	**17%**

Tableau 25 –Accessibilité et continuité, mission CHSLD

Accessibilité et continuité	Nombre	%
Adaptation des services	2	3%
Adaptation du milieu de vie	1	> 1%
Ajustement administratif	1	> 1%
Encadrement des intervenants	1	> 1%
Information et sensibilisation des intervenants	2	3%
Régulation du processus d'accès	1	> 1%
TOTAL	**8**	**10 %**

Tableau 26 –Accessibilité et continuité, mission centres de réadaptation (CR)

Accessibilité et continuité	**Nombre**	**%**
Obtention des services	1	> 1%
Adoption / élaboration	1	> 1%
Ajustement administratif	3	4%
Ajustement technique ou matériel	1	> 1%
Réduction des délais	1	> 1%
Relocalisation de l'usager	1	> 1%
TOTAL	**8**	**10%**

Total des mesures correctives Accessibilité et continuité	***78***	***100 %***
Pourcentage des mesures correctives totales	***12 %***	

2 SOINS ET SERVICES DISPENSÉS

Définition

Les soins et services touchent l'application de connaissances, du savoir-faire et des normes de pratique à la situation de l'usager.

Il s'agit de la scientificité des actes posés par les professionnels. La notion de services adéquats au plan scientifique signifie que les services doivent être rendus en conformité avec les normes généralement reconnues dans les milieux professionnels et scientifiques.

Tableau 27 –Soins et services dispensés, mission CH

Soins et services dispensés	Nombre	%
Adaptation des services	2	< 1%
Adoption / élaboration d'un protocole clinique	1	< 1%
Ajustement des activités professionnelles	5	2%
Ajustement administratif	1	< 1%
Ajustement technique ou matériel	2	< 1%
Amélioration de la continuité	2	< 1%
Amélioration des communications	4	2%
Amélioration des conditions de vie	2	< 1%
Amélioration des mesures de sécurité et de protection	1	< 1%
Encadrement des intervenants	10	6%
Formation des intervenants	2	< 1%
Information et sensibilisation des intervenants	51	24%
Mesure disciplinaire	1	< 1%
Obtention des services	4	2%
Révision – Autre	7	4%
Révision - Autre procédure	3	1%
Révision – Mécanismes de communication	1	< 1%
Révision – Organisation des services	1	< 1%
Révision – Plan d'intervention	1	< 1%
TOTAL	**97**	**45 %**

Tableau 28 –Soins et services dispensés, mission CLSC

Soins et services dispensés	Nombre	%
Adaptation des services	2	< 1%
Changement d'intervenant	2	< 1%
Encadrement des intervenants	1	< 1%
Information et sensibilisation des intervenants	5	2%
Révision – Autre	1	< 1%
TOTAL	**11**	**5%**

Tableau 29 –Soins et services dispensés, mission CHSLD

Soins et services dispensés	Nombre	%
Adaptation des services	11	5%
Ajustement administratif	1	< 1%
Ajustement des activités professionnelles	1	< 1%
Amélioration des communications	10	4%
Amélioration des conditions de vie	2	< 1%
Amélioration des mesures de sécurité/protection	6	3%
Changement d'intervenant	1	< 1%
Encadrement des intervenants	40	19%
Formation des intervenants	1	< 1%
Information et sensibilisation des intervenants	6	3%
Obtention des services	1	< 1%
Autres **	10	4%
TOTAL	**90**	**42 %**

** Autres : nous n'avons pas de données plus précises

Tableau 30 –Soins et services dispensés, mission centre de réadaptation (CR)

Soins et services dispensés	Nombre	%
Adaptation des services	2	< 1%
Adaptation du milieu de vie	1	< 1%
Adoption / élaboration du plan d'intervention	1	< 1%
Ajustement des activités professionnelles	1	< 1%
Amélioration des communications	3	1%
Changement d'intervenant	1	< 1 %
Encadrement des intervenants	4	2%
Évaluation des besoins	1	< 1%
Information et sensibilisation des intervenants	1	< 1%
Promotion du régime et respect des droits	1	< 1%
TOTAL	**16**	**8 %**

Total des mesures correctives Soins et services dispensés	**214**	**100 %**
% des mesures correctives totales	**33%**	

3 RELATIONS INTERPERSONNELLES ET COMMUNICATIONS

Définition

L'aspect interpersonnel fait appel aux caractéristiques sociopsychologiques de la relation praticien-client.

La notion de relation interpersonnelle rejoint le savoir-être des professionnels et des intervenants. Il s'agit d'une relation d'aide, d'assistance et de soutien, conformément à l'éthique du milieu, dans le respect de la dignité, des valeurs, des droits et libertés, des attentes et des aspirations légitimes de l'usager.

Tableau 31 –Relations interpersonnelles et communications, mission CH

Relations interpersonnelles	Nombre	%
Ajustement administratif	1	<1%
Amélioration des communications	7	4%
Changement d'intervenant	3	2%
Encadrement des intervenants	24	15%
Formation des intervenants	2	1%
Information et sensibilisation des intervenants	64	41%
Mesure disciplinaire	6	4%
Obtention de services	1	<1%
Révision des mécanismes de communication	1	<1%
TOTAL	**109**	**70 %**

Tableau 32 –Relations interpersonnelles et communications, mission CLSC

Relations interpersonnelles	Nombre	%
Amélioration des communications	1	<1%
Changement d'intervenant	3	2 %
Encadrement des intervenants	3	2 %
Information et sensibilisation des intervenants	3	2 %
Respect des droits de l'usager	1	<1%
TOTAL	**11**	**7 %**

Tableau 33 –Relations interpersonnelles et communications, mission CHSLD

Relations interpersonnelles	Nombre	%
Adaptation des services	2	1%
Ajustement des activités professionnelles	1	<1%
Amélioration des communications	1	<1%
Changement d'intervenant	4	3%
Encadrement des intervenants	8	5%
Formation des intervenants	1	<1%
Information et sensibilisation des intervenants	7	4%
Mesures disciplinaires	2	1 %
Révision politique et règlement	1	<1%
TOTAL	**27**	**17 %**

Tableau 34 –Relations interpersonnelles et communications, mission centre de réadaptation (CR)

Relations interpersonnelles et communications	Nombre	%
Ajustement administratif	1	<1%
Ajustement des activités professionnelles	1	<1%
Encadrement des intervenants	2	1 %
Information et sensibilisation des intervenants	4	3%
Mesures disciplinaires	2	1 %
TOTAL	**10**	**6%**

Total des mesures correctives ***Relations interpersonnelles***	***157***	***100 %***
% des mesures correctives totales	***24%***	

4 ENVIRONNEMENT ET RESSOURCES MATÉRIELLES

Définition

Il s'agit de l'environnement matériel physique au sein duquel le service est donné et qui influe sur la qualité des services. Cet environnement fait référence aux notions d'intimité, mixité des clientèles, hygiène et salubrité, propreté des lieux, organisation spatiale, sécurité et protection.

Tableau 35 – Environnement et ressources matérielles, mission CH

Environnement et ressources matérielles	Nombre	%
Adaptation des services	3	4%
Ajustement technique ou matériel	19	21%
Ajustement financier	1	› 1%
Amélioration des mesures de sécurité et de protection	2	2%
Évaluation des besoins	1	› 1%
Information et sensibilisation des intervenants	10	11%
Obtention des services	2	2%
TOTAL	**38**	**42%**

Tableau 36 – Environnement et ressources matérielles, mission CLSC

Environnement et ressources matérielles	Nombre	%
Adaptation du milieu de vie	1	< 1%
Autre	1	< 1%
TOTAL	**2**	**2%**

Tableau 37 – Environnement et ressources matérielles, mission CHSLD

Environnement et ressources matérielles	Nombre	%
Adaptation des services	10	11%
Adaptation du milieu de vie	5	5%
Ajustement technique ou matériel	12	13%
Amélioration des communications	1	< 1%
Amélioration des conditions de vie	1	< 1%
Amélioration des mesures de sécurité et de protection	12	13%
Encadrement des intervenants	3	4%
Information et sensibilisation des intervenants	2	2%
Révision – Politique et règlement	1	< 1%
Révision - Procédure	2	2%
TOTAL	**49**	**54%**

Tableau 38 – Environnement et ressources matérielles, mission centre de réadaptation (CR)

Environnement et ressources matérielles	Nombre	%
Ajustement administratif	1	< 1%
Amélioration des mesures de sécurité et de protection	1	< 1%
TOTAL	**2**	**2%**

Total des mesures correctives Environnement et ressources matérielles	***91***	***100 %***
% des mesures correctives totales	***14%***	

5 ASPECT FINANCIER

Définition

Il s'agit notamment de contribution financière des usagers à certains services administratifs selon les normes prévues par la loi ou encore de prestations qui leur sont allouées. Ces objets de plaintes font référence aux items suivants :

- Compte d'hôpital;
- Compte d'ambulance;
- Frais d'hébergement;
- Frais de médicaments;
- Facturation aux non-résidents;
- Aide matérielle et financière.

Tableau 39 – Aspect financier, mission CH

Aspect financier	Nombre	%
Ajustement financier	57	74%
Amélioration des communications	1	> 1%
Information et sensibilisation des intervenants	3	4%
Révision - Procédure	1	> 1%
TOTAL	**62**	**81%**

Tableau 40 – Aspect financier, mission CLSC

Aspect financier	Nombre	%
Autre	1	> 1%
TOTAL	**1**	**1 %**

Tableau 41 – Aspect financier, mission CHSLD

Aspect financier	Nombre	%
Ajustement financier	11	14 %
TOTAL	**11**	**14 %**

Tableau 42 – Aspect financier, mission centre de réadaptation (CR)

Aspect financier	Nombre	%
Ajustement technique ou matériel	1	1%
Ajustement financier	1	1%
Information et sensibilisation des intervenants	1	1%
TOTAL	**3**	**4%**

Total des mesures correctives Aspect financier	*77*	*100 %*
% des mesures correctives totales	*12%*	

6 DROITS PARTICULIERS ET AUTRES OBJETS

6.1 Définition

Les droits particuliers réfèrent à l'obligation d'informer adéquatement les usagers sur :

- Leur état de santé et de bien-être :
  - Les traitements et les options possibles.
  - Les risques et les bénéfices qui en découlent.
  - Les services de santé et les services sociaux offerts et les modes d'accès.
- Leurs droits et recours et leurs obligations.
- Les mécanismes de participation prévus par la loi.
- La participation de l'usager à :
  - Toutes décisions affectant son état de santé et de bien-être.
  - Son plan d'intervention.
  - Son plan de services individualisés.
  - Son comité des usagers.
  - Autre.
- Le consentement aux soins :
  - Consentement aux soins selon l'article 9 de la loi.

- Le droit de porter plainte :
  - En vertu de l'application de la procédure d'examen des plaintes prévue par la loi.
  - (Articles 29 à 76.5).

Tableau 43 – Droits particuliers et autres objets, mission CH

Droits particuliers et autres objets	Nombre	%
Ajustement administratif	1	< 3 %
Ajustement des activités professionnelles	1	< 3 %
Amélioration de la continuité	1	< 3 %
Amélioration des communications	1	< 3 %
Encadrement des intervenants	1	< 3 %
Informations aux intervenants	10	27 %
Orientation des services	2	6 %
Révision – Politique et règlement	1	< 3 %
Autre	1	< 3 %
TOTAL	**19**	**51 %**

Tableau 44 – Droits particuliers et autres objets, mission CLSC

Droits particuliers et autres objets	Nombre	%
Ajustement technique ou matériel	1	< 3 %
Information et sensibilisation des intervenants	3	8%
TOTAL	**4**	**11 %**

Tableau 45 – Droits particuliers et autres objets, mission CHSLD

Droits particuliers et autres objets	Nombre	%
Adaptation des services	1	‹3%
Adoption/élaboration – PI/PSI	1	‹3%
Amélioration de la continuité	1	‹3%
Amélioration des mesures de sécurité et de protection	1	‹3%
Information et sensibilisation des intervenants	1	‹3%
Encadrement des intervenants	1	‹3%
TOTAL	**6**	**16%**

Tableau 46 – Droits particuliers et autres objets, mission centre de réadaptation (CR)

Droits particuliers et autres objets	Nombre	%
Information et sensibilisation des intervenants	2	6%
Promotion du régime et respect des droits	3	8%
Amélioration des communications	3	8%
TOTAL	**8**	**22%**

Total des mesures correctives Droits particuliers et autres objets	***37***	***100 %***
% des mesures correctives totales	***6%***	

MESURES CORRECTIVES TOTALES	***654***

7 OBJETS DE PLAINTES ET MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives identifiées peuvent être appliquées lors du traitement de la demande ou encore faire l'objet d'une recommandation. Parfois, une même situation peut impliquer à la fois l'application d'une mesure corrective dans l'immédiat et une recommandation sur d'autres mesures envisagées à long terme.

L'identification des mesures correctives identifiées se fait par objet. Il peut y avoir plusieurs mesures correctives pour un même objet. Les différents types de mesures sont les suivants :

Adaptation des services

En fonction :

- Des besoins et des attentes de l'usager.
- Du respect de ses droits.

Adaptation du milieu de vie

- Aux besoins particuliers des usagers.
- À ses valeurs.
- Au respect de ses droits.

Adoption ou élaboration

Selon un des aspects suivants :

- Code d'éthique.
- Plan d'intervention / plan de services individualisés.
- Politique ou règlement.
- Procédure d'examen.
- Procédure (autre que concernant l'examen d'une plainte).
- Protocole clinique ou administratif.
- Autre.

Ajustement administratif

Il peut s'agir :

- De la mise en place de mécanismes d'information, de dépistage, de monitorage, de coordination.
- D'ajustement des politiques et des procédures.

Ajustement des activités professionnelles

En regard :

- Des habiletés techniques et professionnelles.
- De l'évaluation et du jugement professionnel.
- De décisions et d'interventions.

Ajustement financier

Il peut s'agir :

- D'annulation des frais.
- D'ajustement des frais.
- D'obtention d'une subvention reliée à un programme.
- De réclamation réglée.

Ajustement technique ou matériel

Il peut s'agir :

- D'équipement (ex. : lève-patients, fauteuils roulants, civières).
- D'aménagement physique (ex. : rampes d'accès, barres d'appui).

Amélioration de la continuité
Mesures prises pour assurer la continuité des services lorsqu'il y a une interruption dans les services requis par l'usager.

Amélioration de la procédure d'examen

- Il s'agit de la procédure d'examen des plaintes.

Amélioration des communications

Il s'agit d'amélioration des communications entre l'usager et les intervenants :

- La clarification de la mission de l'instance, de l'organisation des services, des rôles et des fonctions des intervenants.
- Les excuses et explications présentées à l'usager.
- La prise en considération de l'information reçue.
- Autre.

Amélioration des conditions de vie

Tout apport qui permet d'améliorer les conditions de vie en général d'un milieu donné. Par exemple :

- À l'aménagement des horaires.
- À l'amélioration des politiques et procédures.
- À la révision des programmes

Amélioration des mesures de sécurité et de protection
Touchant la sécurité et la protection des personnes et de leurs biens ou encore touchant les aspects plus globaux tels que les lieux ou les déchets biomédicaux.

Changement d'intervenant

Décision administrative en vertu de laquelle on affecte un autre intervenant auprès de l'usager.

Évaluation des besoins
Demande de nouvelle évaluation des besoins de l'usager. Il peut s'agir par exemple de refaire une évaluation en ergothérapie ou en physiothérapie.

Encadrement des intervenants

L'encadrement peut notamment prendre les formes suivantes :

- La supervision des intervenants.
- Le suivi pour signalement de représailles.
- L'ajustement des pratiques.

Formation des intervenants

Accès des intervenants à des programmes spécifiques de formation.

Information et sensibilisation des intervenants

Information donnée ou rappel effectué à toute personne qui intervient auprès de l'usager, dont :

- Un médecin ou tout autre professionnel.
- Un bénévole.
- Un préposé.
- Un administrateur.
- Le titulaire de l'agrément d'une résidence privée d'hébergement.
- Le propriétaire d'une ressource sans permis.

Mesure disciplinaire

Toute mesure disciplinaire prise à l'endroit d'un employé ou d'un professionnel.

Obtention des services

La notion de service doit se comprendre au sens large et inclut également la notion de soins.

Promotion du régime et respect des droits

Tout activité permettant de promouvoir le régime d'examen des plaintes ou à assurer le respect des droits des usagers, notamment :

- L'organisation de séances d'information.
- La production de documents.
- Les communications avec les instances externes.
- Les communications avec le comité des usagers.
- La production et le dépôt de rapport ou d'avis aux autorités concernées.

Réduction du délai

Réduction du laps de temps qui s'écoule entre le moment où l'usager demande le service et le moment où il l'obtient.

Régulation du processus d'accès

Processus d'accès aux services de santé et aux services sociaux qui touchent notamment :

- Les systèmes d'admission-inscription.
- Les modalités d'accès.
- La gestion des listes d'attente.

Relocalisation de l'usager

Déplacement ou transfert des personnes qui sont hébergées dans les ressources sans permis.

Respect des droits de l'usager

Notamment le respect des droits prévus à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Révision

Enclenchement d'un processus de révision d'un des aspects suivants :

- Le code d'éthique.
- Les politiques et procédures.
- Les systèmes d'accès.
- L'organisation des services.
- L'allocation des ressources.
- Les mécanismes de communication.
- Les protocoles cliniques et administratifs.
- Autre.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Mauricie et
Centre-du-Québec